

Année 1898

THÈSE

N°

578

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 20 Juillet 1898, à 1 heure.*

Par PAUL RUDAUX

Né à Paris, le 16 janvier 1869

Ancien interne, lauréat des Hôpitaux de Paris

Et de la Maternité de l'Hôtel-Dieu annexe

Médaille de bronze de l'Assistance publique

---

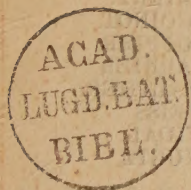
DE

LA RUPTURE DE LA SYMPHYSE PUBIENNE

AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

*Président :* M. PINARD, professeur.

*Juges* { MM. DELBET, agrégé.  
VARNIER et BONNAIRE, agrégés.



---

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Doyen..... M. BROUARDEL.**  
**Professeurs..... MM.**

|                                                                         |                |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Anatomie.....                                                           | FARABEUF.      |
| Physiologie.....                                                        | CH. RICHET.    |
| Physique médicale.....                                                  | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale.....                                | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale.....                                        | R. BLANCHARD   |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                              | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.....                                                | HUTINEL.       |
| Pathologie chirurgicale.....                                            | DEBOVE.        |
| Anatomie pathologique.....                                              | LANNELONGUE.   |
| Histologie.....                                                         | CORNIL.        |
| Opérations et appareils.....                                            | MATHIAS-DUVAL. |
| Pharmacologie.....                                                      | TERRIER.       |
| Thérapeutique et matière médicale.....                                  | POUCHET.       |
| Hygiène.....                                                            | LANDOUZY.      |
| Médecine légale.....                                                    | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                         | BROUARDEL.     |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                               | LABOULBÈNE.    |
|                                                                         | CHANTEMESSE    |
| Clinique médicale.....                                                  | POTAIN.        |
|                                                                         | JACCOUD.       |
|                                                                         | HAYEM.         |
|                                                                         | DIEULAFOY.     |
| Clinique des maladies des enfants.....                                  | GRANCHER.      |
| Clinique des maladies syphilitiques.....                                | FOURNIER.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-<br>céphale..... | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies nerveuses.....                                    | RAYMOND.       |
|                                                                         | DUPLAY.        |
| Clinique chirurgicale.....                                              | LE DENTU.      |
|                                                                         | TILLAUX.       |
|                                                                         | BERGER.        |
| Clinique ophtalmologique.....                                           | PANAS.         |
| Clinique des voies urinaires.....                                       | GUYON.         |
| Clinique d'accouchements.....                                           | PINARD.        |
|                                                                         | BUDIN.         |

## Agrégés en exercice.

| MM.            | MM.                    | MM.                 | MM.       |
|----------------|------------------------|---------------------|-----------|
| ACHARD.        | GAUCHER.               | MARIE.              | SEBILEAU. |
| ALBARRAN.      | GILBERT                | MÉNÉTRIÉR.          | THIÉRY.   |
| ANDRÉ.         | GILLES de la TOURETTE. | NÉLATON.            | THOINOT.  |
| BAR.           | GLEY.                  | NETTER.             | TUFFIER.  |
| BONNAIRE.      | HARTMANN.              | POIRIER, Chef des   | VARNIER.  |
| BROCA.         | HEIM.                  | travaux anatomiques | WALTHER.  |
| CHARRIN.       | LEJARS.                | RETTERER.           | WEISS.    |
| CHASSEVANT.    | LETULLE.               | RICARD.             | WIDAL.    |
| Pierre DELBET. | MARFAN.                | ROGER.              | WURTZ.    |

*Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à l'auteur, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

DE

# LA RUPTURE DE LA SYMPHYSE PUBIENNE

## AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

---

### INTRODUCTION

Au mois de mai dernier, entrant, à l'hôpital de la Charité, dans le service du Dr Maygrier, une femme qui y accouchait quelques jours plus tard.

Un abcès de la région pubienne s'était déclaré, elle fut envoyée à M. le Dr Campenon, dont nous étions l'interne.

L'ouverture de la collection purulente fit découvrir une rupture ignorée de la symphyse pubienne.

Exposant ce fait à la haute compétence de M. le professeur Pinard, il nous conseilla d'étudier la question à cause de la rareté de cet accident, et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Avant d'entrer en matière, nous tenons à remercier publiquement les maîtres qui nous ont permis de profiter de leur enseignement.

C'est dans le service de M. le Dr Rendu, professeur agrégé, que nous avons puisé les premiers éléments de médecine comme bénévole puis comme externe ; c'est lui qui nous a appris à observer ; aussi, n'oublierons-nous jamais la bienveillance que ce grand clinicien a prodiguée au débutant, et les marques de sympathie qu'il n'a cessé de nous donner depuis cette époque.

Nommé interne provisoire, nous apprenions à poser un diagnostic chirurgical ferme dans les services de MM. les professeurs agrégés

Reclus et Campenon ; ce sont ces deux maîtres qui nous ont fait prendre goût à la chirurgie.

L'année suivante est consacrée aux maladies des enfants. M. le professeur Grancher et M. le Dr Marfan, professeur agrégé, nous initient aux difficultés de la médecine infantile. M. le Dr Brun, professeur agrégé, nous fait l'honneur de nous accepter dans son service ; nous recueillons de ce maître si bienveillant nos connaissances en chirurgie et orthopédie infantiles.

Que M. le Dr Reynier, professeur agrégé, veuille bien accepter nos plus sincères remerciements pour l'année qu'il nous a permis de passer dans son beau service de l'hôpital Lariboisière, où nous avons pu apprendre à nous servir du bistouri, grâce à la grande initiative qu'il nous a toujours laissée.

Remplacé pendant les vacances par M. le Dr Legueu, professeur agrégé, nous sommes heureux de la confiance qu'il nous a accordée, et nous lui devons l'idée que nous nous sommes faite des grands avantages de l'asepsie.

Notre prédilection pour la science obstétricale nous a été inspirée par MM. les Drs Varnier, Lepage et Potocki, qui furent nos chefs pendant l'année d'internat passée à la Maternité de l'Hôtel-Dieu annexe. Non seulement nous les remercions bien sincèrement de nous avoir ouvert notre voie, mais nous ne saurions oublier que nous devons adresser plus haut ces remerciements, car c'est l'enseignement si précis du professeur Pinard qui nous a nourri dans la parole de ces trois maîtres.

Que nos maîtres en médecine, MM. les Drs Barth, Moutard-Martin, Florand, Courtois-Suffit et Dalché veuillent bien croire à notre reconnaissance pour la confiance qu'ils nous ont toujours manifestée.

A côté de l'hôpital, il y a le laboratoire ; aussi n'oublierons-nous pas les marques d'amitié que nous a toujours données M. le Dr Thiéry, professeur agrégé ; il nous a fait prendre goût à l'anatomie et nous a ouvert le laboratoire du professeur Farabeuf. C'est auprès de ce grand maître, si bienveillant et si dévoué, que nous avons puisé nos connaissances anatomiques.

Nous remercions le Dr Duflocq, médecin des hôpitaux, des leçons de bactériologie qu'il a bien voulu nous faire à l'Hôtel-Dieu annexe.

Des circonstances particulières nous empêchent de consacrer à M. le D<sup>r</sup> Bouilly l'année qu'il nous avait réservée, nous regretterons de ne pas pouvoir être son élève.

Nous remercions le D<sup>r</sup> Claude de son précieux concours, et nous prions notre collègue et ami Herrenschildt de croire à notre plus profonde reconnaissance pour le dévouement avec lequel il nous a aidé dans ce travail.

Nous serions un ingrat si nous ne profitions de ce moment pour affirmer à trois de nos maîtres la grande affection que nous leur devons. MM. les D<sup>rs</sup> Campenon, Florand et Lepage ont été pour nous plus que des chefs de service, ils nous ont donné une preuve plus grande de confiance en nous ouvrant leur foyer, en nous dirigeant dans le choix de la voie que nous allons suivre et en ne cessant de nous prodiguer des conseils vraiment paternels. Les mots ne sont pas assez forts pour leur exprimer les sentiments que nous ressentons pour eux, nous les assurons de notre plus sincère reconnaissance et de notre plus profond dévouement.

Nous adressons à M. le D<sup>r</sup> Ribemont-Dessaignes, professeur agrégé, l'expression de notre vive gratitude pour la marque de confiance qu'il nous a donnée dans des circonstances récentes.

Que M. le D<sup>r</sup> Chevallier, chirurgien des hôpitaux, veuille bien accepter nos sincères remerciements pour l'amitié qu'il a toujours manifestée à notre égard, et pour les nombreux conseils qu'il nous a donnés depuis le début de nos études médicales.

A M. le professeur Pinard nous adressons ici l'assurance de notre plus profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse et pour la bienveillance avec laquelle il nous a ouvert son service de la clinique Baudelocque.

Nous avons suivi dans notre travail le plan le plus généralement adopté ; après une introduction anatomique et physiologique, nous abordons la symptomatologie, la pathogénie, le diagnostic et le traitement ; puis nous exposons un cas personnel et celui que nous devons à l'obligeance du professeur Pinard ; nous faisons suivre ces deux cas des observations que nous avons pu recueillir, et terminons par l'exposé de nos conclusions.

---



## CHAPITRE PREMIER

### Anatomie et Physiologie.

#### § I. — Du mode d'union des pubis entre eux.

L'articulation bi-pubienne a été décrite par certains anatomistes comme un arthrodie (Lenoir, Luschka), pour d'autres c'est une symphyse. Chez la femme enceinte, selon l'époque de sa grossesse, on peut trouver les types intermédiaires à la symphyse et à l'arthrodie.

Tenon le premier, dans un mémoire lu à l'Institut en 1774, donna une bonne description de cette articulation, qu'il avait étudiée avec l'aide de Pelletan et de M<sup>me</sup> Lachapelle. Il montra qu'il y avait dans l'espèce humaine deux modes différents d'articulation : l'un où l'articulation est à un seul cartilage, l'autre où elle est à deux, et que le « panneau de joint » était quelquefois renflé à sa partie centrale ou divisé en deux ou trois panneaux.

Farabeuf a repris l'étude de cette articulation à propos de la symphyséotomie; nous lui emprunterons la plus grande partie de la description que nous allons en faire.

Chez le nouveau-né, les deux pubis sont séparés l'un de l'autre par un bloc de cartilage hyalin enveloppé par une couche du périchondre; au centre du cartilage, sur la ligne médiane, la substance fondamentale subit la transformation fibroïde et forme une cloison. Peu à peu ce cartilage hyalin subit de dedans au dehors la transformation fibroïde; au niveau de la cloison primitive se produit une cavité par suite de la liquéfaction partielle du cartilage.

D'après Henle, ce n'est qu'après la 7<sup>e</sup> année qu'il se fait une réunion des lacunes pour constituer la fente de l'articulation adulte.

Sur l'os sec, la surface articulaire est ovale à grand axe antéro-postérieur, obliquement dirigée en arrière et en bas, elle est souvent parcourue par des crêtes parallèles se portant en bas et en avant.

Par son bord antérieur et son extrémité inférieure, elle est légèrement rejetée en dehors, d'où il résulte que les deux facettes, très rapprochées en haut et par leur bord postérieur qui fait saillie dans le bassin, sont espacées en bas et en avant par un espace triangulaire que le cartilage d'union vient occuper. Cette facette présente une hauteur de 30 millim. et une largeur de 10 millim., elle est entourée d'une zone osseuse plus oblique en dehors que la facette elle-même, c'est l'empreinte d'insertion du ligament interpubien.

Ces surfaces sont revêtues de cartilage; dans l'enfance, les pubis osseux se regardent par deux surfaces oblongues, convexes dans les deux sens, très distantes, coiffées d'une épaisse couche de cartilage hyalin dont la face adhérente fertile sert à l'accroissement et qui se prolonge en dessous, en avant et en dessus. Après la puberté, un point osseux épiphysaire naît dans le cartilage, à la place qui sera l'angle du pubis et s'étale sur le bord supérieur du corps pubien, sur sa face antérieure, enfin sur sa face symphysienne elle-même.

Chaque surface pubienne nourrit donc une croûte cartilagineuse qui reste hyaline sur une petite épaisseur et se transforme en fibro cartilage en approchant de la ligne médiane où ce dernier lui-même se désagrège pour former une cavité ou fente médiane. Au pourtour de ce bloc interosseux, le fibro-cartilage dure longtemps montrant une striation bien disposée pour l'union des os.

**Moyens d'union.** — Ce qui donne de la solidité à la symphyse, c'est le « manchon péri-osseux fibro-tendineux » resplendissant et nacré.

Du côté du bassin, ce manchon est réduit au périoste très fort, couvrant et unissant les bords saillants et rembourrés des facettes pubiennes, dont la juxtaposition forme le bourrelet que l'on sent généralement par le toucher vaginal, et qu'il faut chercher derrière le milieu de la symphyse.

Au-dessus, derrière les tendons des muscles droits, ce périoste manchon devient très épais, et reçoit des faisceaux venus de loin, ceux qui enveloppent et bordent les crêtes des pubis.

En dessous, le sommet de l'arcade est comblé par une masse ligamenteuse triangulaire, haute de 15 millimètres, qui arrondit en arcade l'angle des chevrons pubiens (ligamentum arcuatum), et dont

le bord libre constitue la partie la plus mince, c'est le ligament sous-pubien.

En avant, le manchon périosseux n'est plus homogène en raison du grand nombre d'éléments tendineux qui viennent se tresser avec les siens et, en s'entrecroisant sur la ligne médiane, augmenter sa solidité et son épaisseur qui peut atteindre jusqu'à 10 millimètres. On y reconnaît les faisceaux descendants émanés du tendon des droits et pyramidaux de l'abdomen, les faisceaux du grand oblique qui viennent s'entrecroiser sur la ligne médiane et plus profondément une couche transversale appartenant à l'entrecroisement des adducteurs et du droit interne.

L'articulation se trouve donc enveloppée d'une gaine fibreuse complète, plus épaisse en avant qu'en arrière, dans laquelle des points renforcés constituent des ligaments dont le plus fort est l'antérieur qui est plutôt antéro-inférieur dans la position normale du bassin.

Étudions maintenant les rapports de cette articulation.

La face antéro-inférieure est directement recouverte par l'entrecroisement des fibres d'insertion des muscles voisins, le tissu cellulo-grasieux très épais et la peau du mont de Vénus. Plus bas, dans la partie excavée formée par le ligament arqué, elle répond à la soudure des racines des corps caverneux du clitoris, entre lesquelles se trouvent les veines faisant communiquer les veines clitoridiennes avec celles du bulbe du vagin. Le ligament suspenseur du clitoris rattache à la face antérieure de la symphyse ces organes qui en sont séparés par un tissu cellulaire lâche.

La face postéro-supérieure répond à la face antéro-inférieure de la vessie dont elle est séparée par du tissu cellulaire très riche en plexus veineux. Près du bord inférieur de la symphyse, cette loge prévésicale est fermée par la réflexion des fibres tendineuses vésicales, au milieu desquelles passent de nombreuses veines. Accolée à la symphyse se trouve une arcade artérielle rétro-pubienne constituée par un rameau de l'obturatrice s'anastomosant avec un semblable venu du côté opposé.

Le bord supérieur répond aux tendons des droits et des pyramidaux, et entre ces derniers à un triangle fibreux, attache inférieure de la ligne blanche ; en arrière il est libre. On y trouve deux arcades vasculaires très importantes à cause de leur volume dans les derniers

mois de la grossesse : l'une artérielle est formée par une anastomose entre des rameaux de l'épigastrique, donnant des branches qui s'enfoncent dans l'épaisseur du fibro-cartilage ; l'autre est veineuse.

Le bord inférieur formé par le ligament arqué est continué par l'aponévrose moyenne du périnée. Son bord tranchant est en rapport avec la paroi supérieure de l'urèthre au moment où ce canal perfore l'aponévrose moyenne du périnée, ce qui explique certaines ruptures de l'urèthre.

**§ 2. — Ce que devient la symphyse pubienne à la fin de la grossesse et pendant l'accouchement.**

Il a été de tout temps admis par la majorité des accoucheurs que les articulations propres du bassin, qui ne permettent à l'état normal que de légers glissements, deviennent très mobiles pendant la grossesse, s'écartant même pendant l'accouchement. Paré, Hunter, Morgagni, Riolan, Spiegel, Duverney ont vu sur des femmes récemment accouchées « les pubis chevauchants et mobiles ».

Luschka, qui a repris la question, est arrivé aux mêmes conclusions. Pour constater ces mouvements de glissement, le professeur Budin conseille le moyen suivant : la femme étant debout, on introduit le doigt dans le vagin et, la pulpe de l'index étant dirigée en haut, exactement appliquée sur le bord inférieur de la symphyse, on fait marcher la malade. A chaque pas on sent une des branches osseuses qui chevauche, descend considérablement et refoule le doigt ; puis cette branche remonte, et c'est celle du côté opposé qui à son tour descend. La branche qui reste élevée correspond à la jambe qui demeure immobile, sert de soutien au tronc ; la branche qui descend correspond au contraire au membre inférieur qui se déplace et progresse.

Cette mobilité, qui existe chez toutes les femmes enceintes, augmente au fur et à mesure qu'on approche du terme de la grossesse. Chez des femmes mortes en couches on a trouvé un écartement de 10 à 15 millimètres. M<sup>me</sup> Boivin l'a vu de 27 millimètres, Hunter et Morgagni de 3 centimètres. Elle serait d'autant plus considérable que la femme a eu plus d'enfants, et il peut alors persister une légère mobilité.

La cause de ce relâchement physiologique est diversement interprétée, les uns l'attribuent à une infiltration de sérosité qui ramollit et gonfle les ligaments et les cartilages, due au mouvement fluxionnaire qui active la nutrition de l'utérus et de ses annexes pendant tout le temps de la grossesse (Lenoir), ou à l'obstruction mécanique au retour du sang à travers les veines du pelvis. Les autres, comme Luschka et Henle, décrivent une fonte progressive du fibro-cartilage, résultant des congestions périodiques dont le bassin est le siège. Ce que l'on peut affirmer, c'est que ce relâchement dépend bien de la gravidité, puisqu'on ne l'a jamais rencontré dans les tumeurs solides ou liquides occupant la même situation que l'utérus gravide ; nous devons donc rejeter l'opinion de Baudelocque qui nie l'épaississement des cartilages et prétend que l'écartement des surfaces est occasionné par l'utérus distendu par le produit de la conception ou la tête même du fœtus pendant l'accouchement.

Ce relâchement de la symphyse est le facteur principal de la dilatation transversale du bassin, et l'écartement se fait quand « la tête du fœtus ou toute autre cause vient à agir excentriquement sur les os qui forment les articulations » (Lenoir).

Stoltz ne partage pas cet avis, l'imbibition et le ramollissement physiologique ne seraient pas tels qu'ils puissent augmenter d'une façon notable les dimensions du bassin ; lorsqu'il y a relâchement manifeste, dit-il, c'est qu'il y a une cause pathologique. Quoi de plus difficile, en effet, que de fixer le moment où s'arrête la mobilité physiologique, et où commence le relâchement pathologique ; avec Braun nous dirons que l'écartement n'importe en rien, le relâchement entrera dans le cadre pathologique quand il s'accompagnera de douleurs et de gêne dans la marche.

## CHAPITRE II

### Définition. Historique.

Par rupture de la symphyse pubienne, on doit entendre la rupture complète ou incomplète des moyens d'union des pubis entre eux, que la désunion se soit faite au milieu même des ligaments ou au contact d'un des pubis. Elle s'accompagne toujours d'un écartement notable entre les deux os. C'est donc, comme le dit Malgaigne, une luxation traumatique qu'il faut distinguer de la luxation pathologique constituée par le relâchement de la symphyse.

Hippocrate dans son livre « De naturâ pueri », assure que « les os des hanches se disjoignent au moins lors du premier accouchement », il regarde même l'accouchement comme impossible sans cette espèce de diduction.

Galien, Aetius, Avicenne formulent la même opinion.

Les preuves de la disjonction proprement dite ne furent données qu'en 1570 par Jacques d'Amboise; en présence du plus grand nombre des chirurgiens de Paris qu'il avait convoqués, il fit l'autopsie d'une femme de 24 ans, pendue 10 jours après ses couches. « Avant de procéder à la dissection, on souleva la cuisse droite du cadavre et l'on aperçut distinctement que de ce côté-là l'os pubis surpassait le niveau de l'autre au moins d'un demi-pouce, qu'il y avait un travers de doigt d'intervalle d'un pubis à l'autre. Les divers mouvements qu'on fit faire à ces parties prouvèrent à l'œil et au doigt de tous les spectateurs que les symphyses sacro-iliaques étaient également beaucoup plus lâches que dans l'état naturel. »

Ambroise Paré et Séverin Pineau, présents à cette démonstration établissent une théorie nouvelle de l'accouchement, considérant cet écartement comme nécessaire au travail spontané.

Guillemeau, après Paré, raconte que chez quelques femmes il a

« manifestement entendu craquer et entr'ouvrir la symphyse pubienne », qui pouvait admettre le doigt dans son écartement.

L'opinion de ces auteurs fut adoptée par Riolan, Bauhin, Fabrice de Hilden, Diemberbroeck, Spigelius, Harvey, Santorini, Scultet, Puzos, Solingen, Morgagni, Haller, Bouvart et Bertin (An in ossa innominata in gravidis et parturientibus diducantur. Thèse de Paris, 1759).

A côté des partisans de cette théorie se trouvaient les adversaires Fernel, Columbus, Dulaurens, Dionis, Mauriceau, Palfin de la Motte, Røederer, Walter puis Monro.

En 1670, Daniel Ludovic écrivait un travail ayant pour titre : « De dislocatione ossium pubis in partu. »

Des observations probantes sont rapportées par Smellie, Smolles, Lawrence, Duverney, qui présentent des pièces à l'appui.

En 1778, Olaüs Acrel publia à Stockholm un cas de disjonction de la symphyse, suivi cinq semaines plus tard d'un abcès de la région pubienne, ce qui permit de s'assurer que les os étaient séparés et altérés.

Depuis Baudelocque, on rencontre dans la littérature obstétricale un petit nombre de cas de rupture de la symphyse pubienne.

Nous avons parcouru tout ce qui a été écrit sur ce sujet en France et à l'étranger, et nous avons été frappé par la petite quantité d'observations qui ont été publiées.

En 1786, Desgranges en rapporte un cas dans le *Journal de médecine et de chirurgie de Paris* ; en 1797, Piet, dans le *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, fait une « Dissertation sur l'écartement des os du bassin dans le travail de l'enfantement ».

C'est en 1832 que Bach, s'inspirant des idées de son maître Stoltz, en fait le sujet de sa thèse inaugurale.

En 1864, Pouillet puis Chassagny font chacun de leur côté des expériences sur la force nécessaire à la production de la rupture de la symphyse.

En Allemagne, Ahlfeld, en 1876, fait une revue des cas publiés jusqu'à lui.

Enfin, en 1889, la question est mise à l'ordre du jour et discutée au Congrès de la Société allemande de gynécologie. Olshausen, Gusserow, Veit prennent part à la discussion et rapportent des cas qui leur sont personnels.

---

## CHAPITRE III

### Étiologie.

La rupture de la symphyse pubienne, à quelque cause qu'elle appartienne, est un fait rare en clinique.

Dans les services où les observations sont prises avec tant de soin, comme la clinique d'accouchements Baudelocque, on n'en a constaté aucune depuis juillet 1889, date de sa fondation. Braun von Fernwald dit que dans la statistique d'un hôpital où l'on fait 3,000 accouchements par an, il faut attendre des années pour voir un fait semblable se produire; dans la clinique qu'il dirige, sur 30,000 accouchements, 3 cas seulement furent relevés.

La lecture des observations que nous avons recueillies dans les différentes revues d'obstétrique françaises et étrangères, nous apprend que les causes sont extrêmement variables.

Pour Bach, la rupture ne peut avoir lieu sans prédisposition; la cause serait donc toujours maternelle; souvent, en effet, on ne peut la mettre sur le compte de la traction exercée avec le forceps, traction qui fut très douce dans l'observation du professeur Pinard. Cependant nous avons trouvé consignés de nombreux cas où il faut accuser l'opérateur ou ses aides.

Aussi diviserons-nous l'étiologie en causes tenant à la mère, à l'enfant, à l'accoucheur. Cette division est assurément très schématique, car le plus souvent ces trois causes interviennent à la fois, mais elle nous permettra de mettre plus de clarté dans notre exposé.

**I. — Causes maternelles.** — Elles sont prédisposantes et nécessiteront une force active plus ou moins considérable.

Les primipares et surtout les primipares âgées, chez lesquelles les moyens d'union articulaire ont perdu leur souplesse, semblent occuper la première place dans notre statistique.

Chez les multipares, les lésions du bassin prédominent. A des os petits et grêles correspondent des ligaments articulaires faibles qui se rompent sous l'influence d'une force même minime.

Étudions les différentes maladies aiguës ou chroniques qui peuvent se localiser sur la ceinture pelvienne pour lui enlever sa solidité, pour la déformer et par conséquent placer un obstacle au passage du fœtus.

Le *rachitisme* agit : 1° en donnant aux os une fragilité spéciale; nous ne rappellerons pas ici les lésions anatomo-pathologiques de cette maladie qui semble avoir une prédilection pour le bassin; 2° en modifiant plus ou moins les diamètres du détroit supérieur et de l'excavation. Ce sont surtout les bassins rachitiques et généralement rétrécis qui prédisposent à la rupture, la tête fœtale y prend point d'appui dans tous les sens, et pour passer elle doit ou se réduire, ou élargir la symphyse, ou la rompre. Ulsamer prétend que ce bassin qui a conservé sa forme juvénile, a aussi conservé la faiblesse juvénile de ses ligaments. Le bassin en entonnoir est souvent méconnu et cependant ses parois subissent une pression de plus en plus forte à mesure que la tête descend. La rupture se fait au moment où la tête franchit le détroit inférieur, les branches du pubis agissant, d'après Schauta, comme des bras de levier. Ulsamer rapporte une observation dans laquelle le diamètre conjugué avait 9 1/2 et le transverse 8 centimètres au détroit inférieur.

Le bassin rachitique proprement dit est aplati d'avant en arrière au détroit supérieur seulement, son diamètre transverse est normal ou exagéré et par conséquent suffisant. Si l'aplatissement est considérable, la tête sera retenue, d'autant plus que, d'après Braun, les articulations sont ossifiées, et on observe plutôt une fracture du pubis. MM. Farabeuf, Pinard et Queirel affirment au contraire que jamais on n'a vu l'ankylose spontanée du pubis.

L'*ostéomalacie* occupe le deuxième rang (Ulsamer) : 1° par le ramollissement qu'elle imprime au squelette pelvien, en touchant même les symphyses; 2° par les déformations que cette maladie apporte dans les diamètres du bassin. L'élasticité seule permettrait peut-être l'élargissement de la ceinture pelvienne, mais l'adhérence extrêmement faible du pubis avec son cartilage favorise la rupture. Ulsamer range encore dans les bassins ostéomalaciques des bassins dont le détroit supérieur est normal ou peu rétréci, tandis que le

détroit inférieur est très étroit ; ce rétrécissement porte surtout sur le diamètre bi-ischiatique qui atteint quelquefois moins de trois pouces. Il les considère comme des bassins ostéomalaciques guéris après début léger de la maladie.

Les bassins rétrécis transversalement prédisposent par leur forme à la rupture, et cependant on n'en trouve aucun cas. Danyau rapporte une observation dans un bassin oblique ovalaire.

Nous ne ferons que citer les rétrécissements par anomalies congénitales ou par lésions acquises, comme dans les fractures du bassin.

L'articulation bipubienne peut être le siège d'une *arthrite* soit rhumatismale, soit infectieuse, ce qui modifiera les conditions de résistance des ligaments. Grenser, Ulsamer et Arendt rapportent des cas d'arthrites purulentes, Cerné celui d'une arthrite à gonocoques ; Holmes a décrit la localisation tuberculeuse de la symphyse ; nous-même avons vu une arthrite purulente survenir après un érysipèle de la face.

Le *relâchement normal* peut s'exagérer chez certaines femmes, il peut même être dû à une collection liquide contenue dans l'intérieur même de l'articulation, comprise selon la description de Luscka. Dans le cas de Gmelin, en effet, « on remarqua à la suite d'une opération césarienne un tel relâchement que les deux os chevauchaient l'un sur l'autre, leur écartement étant de 1 centim. 5, et entre eux était une poche remplie de sérosité jaunâtre ». Ce relâchement est accompagné de distension et par conséquent d'amaigrissement des ligaments, qui se rompent à la moindre force développée de dedans en dehors. On est en général averti de ce relâchement pathologique par la difficulté qu'éprouve la malade à marcher ou à se tenir debout dans les derniers jours de sa grossesse et par une douleur dans la région pubienne.

Cazeaux et de Correquer-Griffith font jouer à cette douleur un rôle important ; elle arrête les contractions, disent-ils, devient une cause de dystocie, réclame par conséquent l'emploi du forceps, qui, avec une traction légère, rompra des ligaments relâchés.

Les *lésions osseuses* du pubis peuvent retentir sur l'articulation voisine soit par continuité, soit par contiguïté, et amener un décollement du cartilage en rapport avec le point osseux malade. C'est ainsi que l'ostéomyélite, la tuberculose, la syphilis peuvent être incriminées.

minés; Scharf rapporte un cas d'ostéosarcome; nous-même nous ne pouvons affirmer si, chez notre opérée, le point de départ s'est fait dans l'articulation ou au niveau de l'épine pubienne gauche, que nous avons trouvée dénudée.

Les causes d'ordre général sont moins importantes, certaines diathèses ou cachexies ont été parfois invoquées; c'est ainsi que Bach s'étend longuement sur « le rachitisme, l'ostéomalacie, la scrofule, le scorbut, le virus arthritique et syphilitique ».

Quant aux contractions exagérées de l'utérus, il ne faut pas leur attacher plus de valeur qu'elles n'en méritent; leur influence doit être bien minime, elles n'agissent qu'à la condition de rencontrer une symphyse pubienne en état de moindre résistance et une tête fœtale volumineuse.

Martinelli, dans un article publié dans l'*Union médicale* de 1867, fait remarquer que la musculature s'insérant sur la ceinture pelvienne peut influencer sur l'élargissement du bassin. En haut, les muscles droits, les obliques et les transverses de l'abdomen; en bas, les adducteurs sont doués d'une grande activité pendant l'accouchement; qu'ils se contractent trop énergiquement et ils pourront écarter les pubis et amener une rupture articulaire.

**II. — Causes dépendant du fœtus.** — L'action de celui-ci n'est plus la même; dans le chapitre précédent, nous nous trouvions en présence de causes prédisposantes, ici nous allons trouver des causes déterminantes.

Une tête trop grosse peut amener une rupture de la symphyse, mais à la condition qu'elle soit aidée par des contractions utérines intenses. Elle sera pressée avec force contre le détroit supérieur tout entier ou contre une portion de ce détroit, qui sera d'ordinaire le pubis.

Il en sera de même d'une tête de volume normal mais à parois ossifiées ne permettant pas la réduction. Si l'utérus est vigoureux, il concentrera toute sa force sur le pôle inférieur du fœtus qui cherche à pénétrer dans la filière pelvienne; si la disproportion n'est pas trop accentuée, la tête agira sur la symphyse de dedans en dehors et la fera éclater. Certaines malformations céphaliques pourront avoir le même effet.

Lorsque l'éclatement se produit dans une présentation du sommet,

il y a lieu de se demander s'il n'est pas favorisé par un défaut de flexion de la tête; dans ce cas, ce sont les diamètres occipitaux qui se présentent à la place des diamètres sous-occipitaux, ce qui donne une force excentrique plus considérable. Le dégagement oblique est aussi à redouter; la tête, ne profitant pas de la rétropulsion du coccyx, reste en rapport avec les branches ischio-pubiennes; c'est surtout dans les occipito-postérieures que se produisent ces anomalies. En effet, dans plusieurs observations la tête se présente en O. I. D. P.

Dans certains cas, rares il est vrai, la disjonction s'est faite au moment du passage des épaules chez des enfants volumineux (observations d'Achenbach, de Dührssen, Zweifel, Martin). Nous ne citerons qu'à titre de curiosité l'observation de Naughton, qui invoque comme cause la sortie d'un placenta large et dur; remarquons que le bassin était ostéomalacique. Nicolaüs Meyer rapporte un fait semblable; Braun von Fernwald croit que la rupture faite pendant l'extraction fœtale ne fut remarquée que pendant la délivrance.

III. — **Causes tenant à l'opérateur ou à ses aides.** — Nous avons été frappé en lisant les observations publiées, de la fréquence de l'intervention comme cause déterminante. C'est le *forceps* qui occupe la première place, et dans la plupart des cas il s'agit du *forceps sans tracteur*, de celui avec lequel on devait déployer une force considérable, dont une partie était perdue par le frottement de la tête contre la vessie et la symphyse du pubis. La tête est restée au-dessus du détroit supérieur, elle est saisie avec les deux branches du *forceps*, et dans la traction cet instrument repose en grande partie contre l'arcade pubienne sur laquelle elle pèse de toute la force développée par l'opérateur. Il agit souvent, pour ne pas dire toujours, comme un levier qui prend son point d'appui sur la symphyse; que ce point d'appui soit faible pour une des raisons déjà énoncées, et il cèdera rapidement.

Il arrive, disons plutôt il arrivait fréquemment qu'en présence des difficultés éprouvées à faire pénétrer la tête dans le détroit supérieur, on avait recours à des artifices. Les tractions étaient souvent accompagnées de mouvement de latéralité ou de pendule (De Lore).

Dans certains cas, le *forceps* n'a pas fait une saisie régulière de la

tête, on ne s'aperçoit pas de la faute et l'on développe toute sa force pour faire sortir une tête dont la rotation n'est pas achevée, ou bien encore il peut être relevé trop tôt et avec trop de force (Riecke). Ahlfeld rapporte trois cas où le dégagement fut fait en occipito-sacrée; Lefèvre en cite un où le forceps fut appliqué, la femme étant dans la position genu-pectorale, situation qui force à baisser rapidement les manches de l'instrument.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur ces défauts du forceps et en particulier du forceps ancien; aussi les ruptures de la symphyse pubienne sont-elles devenues plus rares depuis l'emploi du forceps Tarnier. Elles disparaîtront presque complètement le jour où la symphyséotomie aura remplacé l'application du forceps au détroit supérieur.

Boddaert a déterminé deux fois la disjonction par l'emploi du levier.

Dans les cas de Eidam, Hoffmann, Scharf, Chaussier, c'est au moment de l'extraction de la tête dernière après une version que l'accident se produisit, ce qui peut aussi se présenter dans les accouchements par le siège.

Giraud rapporte un cas où la rupture fut produite par un aide écartant violemment les cuisses. Mangiagalli a vu chez une septipare la lésion se produire dans le mouvement brusque qu'on fit pour placer la parturiente en position obstétricale.

A titre de curiosité, nous rapporterons le cas d'Arbore d'Andria (1753) qui, chez une femme enceinte avec bassin rétréci, voulut aider la nature en appuyant sa tête sur le sacrum et en tirant avec ses mains sur les crêtes iliaques. Un craquement se fit entendre, il avait fait une véritable « symphysoclasie ».

Après l'accouchement, plusieurs ruptures spontanées ont été signalées, elles se sont produites, l'une au moment où l'accouchée assaie de se relever (Velpeau), l'autre pendant un mouvement brusque que fait la femme le deuxième jour en remontant dans son lit (Galvagni).

Quant à la symphyséotomie, elle ne prédispose en rien à la rupture interpubienne. Ce fait est prouvé par les nombreuses observations, déjà publiées par M. le professeur Pinard, d'accouchements spontanés ou avec forceps survenus après symphyséotomie. Il en est de

même d'une première rupture ; nous ne connaissons qu'un cas de récédive.

En résumé, nous pouvons affirmer que la disjonction se fait dans la plupart des cas au cours de l'accouchement artificiel. Cependant, comme il en est rapporté quelques-uns au cours d'accouchements spontanés, nous croyons qu'il faut alors faire intervenir plusieurs facteurs : la symphyse est pathologique, l'enfant est de gros volume, l'utérus est doué de contractions énergiques. La cause déterminante a besoin ici d'une cause prédisposante.

---

## CHAPITRE IV

### **Anatomie pathologique.**

Actuellement on ne meurt plus de rupture de la symphyse du pubis, aussi devons-nous emprunter aux anciens la description des lésions anatomo-pathologiques.

La disjonction peut être complète ou incomplète, mais il faut bien la distinguer du relâchement. Dans certains cas celui-ci est considérable et permet au pubis un tel écart qu'au premier abord on croit à la disparition des moyens d'union, les symptômes fonctionnels et les symptômes physiques sont à peu près les mêmes, de là les causes d'erreur clinique. Il n'en est rien cependant au point de vue anatomique, toutes les fibres ligamenteuses sont présentes, elles sont tiraillées, allongées, amincies, leur rôle physiologique est devenu presque nul. La rupture commence lorsque la capsule articulaire offre un défaut de continuité, une quantité plus ou moins considérable de ses fibres a été rompue, déchirée. C'est la disjonction incomplète, dans laquelle les fibres antérieures, constituant le ligament antérieur de l'articulation, persistent et maintiennent le rapprochement des deux pubis. En étudiant l'anatomie de la symphyse nous avons insisté sur la force de la portion antérieure de l'appareil ligamenteux, formé en partie par le périoste et renforcé par les tendons puissants des muscles qui s'insèrent en grand nombre sur la bague pelvienne. Pour augmenter leur force la nature a pris soin d'entrecroiser leurs fibres tendineuses sur la ligne médiane, de façon à former des mailles fines et solides, comparables au treillis d'une étoffe.

Ne pourrait-on pas, au point de vue pathologique, considérer ces ruptures ligamenteuses incomplètes comme des entorses au deuxième degré, alors que les ruptures complètes appartiendront à la classe des luxations.

Le point où la section de la capsule s'est produit est variable; tan-

tôt, mais rarement, c'est au milieu même de l'articulation, ou entre la partie hyaline qu'a décrite le professeur Farabeuf et le fibro-cartilage proprement dit, tantôt, et c'est le plus fréquent, le pubis lésé abandonne son cartilage d'encroûtement, qui reste adhérent à tout l'appareil ligamenteux fixé à l'autre pubis.

Dès qu'il y a solution de continuité, il se produit immédiatement un écartement des deux os constituant la symphyse par action musculaire, démontrée par Martinelli. Cet écartement est variable ; Souquet l'a vu de 8 à 9 lignes ; Stoltz et Velpeau d'un pouce ; Hennequin et Moreau de 18 lignes. Dans le cas rapporté par Desgranges il dépassait 20 lignes, enfin chez l'accouchée de Lefèvre il allait jusqu'à deux pouces et demi, c'est-à-dire 7 centimètres. Cet écartement peut donc toujours être senti soit à travers la peau du mont de Vénus, soit par le toucher vaginal, ce qui est plus facile, le doigt qui presse à ce niveau peut s'enfoncer tout entier entre les deux surfaces articulaires.

L'écartement se fait dans les mêmes plans horizontal et vertical, les faits sont rares où l'un des pubis se place sur un niveau supérieur ou antérieur, véritable chevauchement produisant une saillie perceptible aux doigts ; c'est ce que nous avons remarqué dans les observations de Faux et de Mangiagalli.

Ce déplacement n'est possible qu'à la condition qu'une des articulations sacro-iliaques soit rompue complètement.

Dans le plus grand nombre des cas la séparation est située à l'union de la face osseuse symphysienne gauche avec son cartilage, aussi trouvera-t-on d'une part l'os iliaque gauche avec son pubis dénudé, et d'autre part l'os des iles droit portant tout l'appareil articulaire. On explique cette fréquence de la lésion gauche par la position habituelle du sommet en O. I. G. A. La rupture se produit au moment où la tête exécute soit spontanément, soit par force un mouvement de rotation pour amener son occiput sous l'arcade pubienne. Dans un cas où la branche droite était seule lésée et écartée, la position était en O. I. D. A.

Si on étudie de plus près chacune des parties qui entrent dans la constitution de l'articulation, on constate que les ligaments sont hypertrophiés, mais ramollis, de couleur rougeâtre. Ils sont infiltrés, malgré cela leur solidité est encore considérable, puisque sous

l'influence de la force qui le distendait ils ont arraché le cartilage d'encroûtement et ils n'ont pas cédé.

Luscka considérant cette symphyse comme une articulation complète pendant la grossesse permet à Gmelin de décrire une hyperhémie avec exsudation de la synoviale. Schauta a vu la dégénérescence muqueuse des cellules cartilagineuses, leur destruction même, ayant amené la formation de vacuoles.

Phœnomenoff dans un bassin cyphotique dont les symphyses étaient relâchées a trouvé une prolifération exagérée des cellules cartilagineuses avec accumulation de cellules embryonnaires dans les capsules et dans les espaces intercellulaires.

La réparation se fait par un épaississement des fibres, il se formera une masse fibreuse, comme lardacée, dure et solide, jouant le rôle de cal. Celle-ci peut être tellement exubérante qu'elle diminue le diamètre promonto-pubien et constitue un obstacle nouveau pour les accouchements ultérieurs (Obs. de Lefebvre).

Ahlfeld le premier fait remarquer que la rupture de la symphyse pubienne ne peut exister seule, il existe toujours en même temps une autre disjonction articulaire de la ceinture pelvienne. Les articulations les plus souvent lésées après celle que nous étudions sont par ordre de fréquence : la symphyse sacro-iliaque droite, puis la gauche, exceptionnellement les deux.

Tandis que dans la symphyse pubienne la déchirure est aussi accentuée en avant qu'en arrière, dans l'articulation sacro-iliaque les lésions prédominent à la partie antérieure de l'appareil ligamenteux, quelquefois seule touchée.

La marche anatomique que nous avons décrite, n'est pas toujours aussi simple. L'arrachement ligamenteux peut emporter avec lui une parcelle osseuse, véritable entorse compliquée, c'est ce qui explique les épanchements sanguins rapides et volumineux qu'on constate quelquefois.

Dans d'autres cas, cette lésion de l'articulation attire les micro-organismes qui pullulent à son voisinage, et on verra apparaître une véritable arthrite purulente avec collection plus ou moins considérable pouvant rester limitée à la région pubienne ou fuser dans les régions voisines, cavité de Retzius, petit bassin, grandes lèvres, aines, etc. Dans les cas de suppuration, les lésions articulaires sont plus accen-

tuées ; elles ne se différencient en rien des arthrites purulentes en général ; aussi n'insisterons-nous pas plus longtemps.

On a noté aussi des points d'ostéite, d'ostéo-périostite, de carie, de nécrose du pubis.

Les plexus veineux abondants dans la région peuvent subir l'influence du foyer septique. Hecker rapporte un cas de phlébite du plexus de Santorini propagé aux gros troncs veineux, suivie de mort rapide.

Le traumatisme ou le fragment osseux peut blesser les organes voisins ; nous ne ferons que citer les ruptures de l'urèthre signalées par le professeur Guyon, les déchirures de la vessie au niveau de sa face antérieure, que quelques-uns expliquent par un arrachement de la paroi dû aux ligaments vésico-pubiens. D'autres prétendent que la vessie pleine est comprimée contre la symphyse au moment de la rupture de celle-ci il se fait un vide brusque où la paroi vésicale se précipite.

L'infiltration d'urine, qui est la conséquence de cette complication, peut devenir rapidement très grave et masquer par ses symptômes physiques la rupture symphysienne.

Le vagin, la vulve même peuvent porter des solutions de continuité, qui seront de vastes portes d'entrée pour les colonies microbiennes.

L'infection profitera de cette voie pour se propager aux tissus compris entre l'utérus et le pubis, pour pénétrer même dans l'articulation dont la vitalité est amoindrie, de là la fréquence des arthrites purulentes après la disjonction de la symphyse pubienne.

---

## CHAPITRE V

### Pathogénie.

Nous venons d'étudier les lésions de la rupture de la symphyse, voyons maintenant comment elles peuvent se produire et comment nous devons les interpréter.

En décrivant la physiologie de l'articulation bi-pubienne pendant la grossesse, nous avons parlé d'un relâchement plus ou moins considérable. La plupart des accoucheurs s'entendent sur ce point ; les anciens prétendaient que la disjonction était nécessaire à l'agrandissement du bassin, comme cela se produit normalement chez quelques animaux, le cobaye par exemple.

C'est en 1670 que, pour la première fois, cette rupture est considérée comme un accident du travail par Daniel Ludovic dans son traité « de dislocatione ossium pubis in partu ».

En 1797, Piet, imbu des idées régnantes, fait intervenir la théorie des causes finales lorsqu'il dit que « la nature a eu l'intention par cette interposition des cartilages, de rendre plus spacieuse la voie que doit parcourir l'enfant ». Plus loin nous lisons également ces lignes : « les efforts viendront à bout d'opérer l'écartement, mais les ligaments auront été violemment et irrégulièrement tiraillés, ils peuvent même être déchirés ; de là les symptômes effrayants ».

Cet écartement physiologique est admis à peu près par tous, on peut s'en assurer en suivant le conseil de Braun. Il consiste à faire balancer la patiente sur l'un et l'autre pied, pendant qu'un doigt introduit dans le vagin est appliqué sur la face pelvienne de la symphyse.

Les deux pubis se séparent et l'écart est de quelques millimètres.

Les avis diffèrent lorsqu'il s'agit d'expliquer la pathogénie de ce relâchement. Les uns, avec Ambroise Paré, Séverin Pineau

Louis et Piet l'attribuent au gonflement des cartilages interarticulaires qui unissent les os du bassin ; les autres soutiennent au contraire que l'extension seule des fibres ligamenteuses est la vraie cause de la diduction ; c'est la théorie de Baudelocque.

Plus tard, Chaussier fait des recherches à la Maternité sur les cadavres des femmes mortes en couches, et il démontre que « le bassin conserve toujours après l'accouchement plus d'ampleur qu'il en avait auparavant ». Nous passerons sous silence les comparaisons imaginées qui ont été faites pour prouver cet écartement et que Murat rapporte à l'article Symphyse du Dictionnaire en 60 volumes.

Jacquemier et Lenoir pensent que les ligaments articulaires atteignent le double de leur épaisseur à la fin de la grossesse, ce qui amène un élargissement utile du bassin.

Pour Debout, le relâchement est rarement assez considérable pour permettre des mouvements provoqués et pour augmenter d'une façon notable les dimensions du bassin (Stoltz).

Ces causes prédisposantes à l'écartement ne suffisent pas. Il faut une cause déterminante. Murat la trouve dans « la pression graduée et continuelle que la matrice chargée du produit de la conception exerce contre les parois du bassin ». Louis prétend que la tête fœtale, en appuyant sur la symphyse pubienne, comprime la vessie et donne lieu à une infiltration interarticulaire, ce qui entre dans la description de l'articulation de Luscka. Galvagni admet une infiltration ligamenteuse et cartilagineuse produisant un gonflement tel que les cartilages dépassent le niveau des os.

Pourquoi ne pas admettre avec Cubertaon que la vraie cause réside dans cette action spéciale de la grossesse qui imprime à tous les organes jouant un rôle dans la gestation une hypertrophie et un ramollissement particulier destinés à favoriser l'évolution du fœtus. Ce travail doit se continuer jusqu'à l'expulsion ; il se passe ensuite dans les articulations pelviennes les mêmes phénomènes que dans l'utérus, c'est-à-dire, qu'il se fait un travail de régression faisant disparaître la mobilité symphysienne 3 ou 4 jours après la délivrance.

Braun, qui a fait une étude complète de la question, prétend que la mobilité qu'il a constatée avant l'accouchement n'est pas augmentée après l'expulsion du fœtus. Ce qui l'a encouragé à faire ces recherches, c'est un reproche fait à la symphyséotomie par ses adver-

saïres ; il a constaté qu'après cette opération la mobilité n'était pas plus grande qu'après les accouchements spontanés.

Le multiparité et l'âge sont deux facteurs importants pour le relâchement, il est plus grand chez les multipares jeunes que les multipares âgées ; la plus faible mobilité se rencontre chez les primipares âgées, chez lesquelles l'accouchement doit être souvent terminé par le forceps dans l'excavation.

Si nous avons autant insisté sur le relâchement de la symphyse au cours de la grossesse, c'est qu'on lui a fait jouer le rôle prépondérant dans la rupture au cours du travail.

A quoi est due cette rupture ? Comment et à quel moment se produit-elle ? Quelle est son utilité ? Voilà trois questions auxquelles nous nous efforcerons de répondre.

1° *A quoi est due la rupture ?*

Nous serons bref sur ce premier point, sur lequel nous nous sommes très étendu dans notre chapitre étiologique.

Le cas d'Arbore d'Andria est tout à fait exceptionnel ; cette « symphysoclasie » provoquée par une force appliquée à l'extérieur du bassin est unique.

Le mécanisme habituel est une force agissant à l'intérieur du bassin de dedans en dehors ; P i e t, dès 1797 disait : « L'agent, unique de l'écartement est la tête de l'enfant... la symphyse s'entrouvre pour que la tête se fixe à l'entrée du détroit... de nouveaux efforts mettant à profit ce commencement de diduction, la symphyse déjà ébranlée cède et la tête traverse le détroit. » Dans certains cas de rupture à la suite d'accouchements faciles, on est forcé d'admettre une lésion destructive de la symphyse qu'une force minime fera éclater. Comment expliquer autrement le cas de Basham où la femme expulse un fœtus de 7 mois mort et macéré, ou celui d'Ahlfeld qui cite un cas de rupture déterminée par l'expulsion d'un œuf entier avant terme ?

Il est encore nécessaire d'admettre une cause pathologique dans les disjonctions survenant dans des accouchements laborieux sans intervention. Une tête fœtale grosse ou ossifiée, des contractions utérines énergiques ne sont pas capables à elles seules de rompre les ligaments articulaires ou d'arracher une lamelle osseuse. Duverney montrait dans ses leçons un bassin dont les pubis avaient été séparés par les « seuls efforts de la nature ». Nous sommes donc loin d'admettre

l'opinion d'Ulsamer, qui prétend que la rupture est aussi naturelle que le relâchement, et que la nature qui a tout prévu a permis par ce moyen à certaines femmes d'accoucher sans opération.

En 1821, Murat disait déjà : « Les efforts de l'accouchement sont insuffisans pour produire cet accident ; l'influence de la grossesse, c'est-à-dire un état de relâchement de la part des symphyses ne devient-il pas nécessaire ? Plusieurs auteurs pensent que les os du bassin ne pourraient pas se séparer dans un accouchement, quelque laborieux qu'on le suppose, sans une prédisposition du tissu ligamenteux qui se trouve relâché par l'effet de la gestation dont le propre est de produire une sorte d'infiltration. Cette disposition des symphyses à prêter, à céder, une fois reconnue et admise, on conçoit que les efforts auxquels la femme se livre dans l'acte de l'enfantement ou ceux qu'on est obligé d'employer quelque fois, lorsque la nature ne se suffit pas à elle-même, peuvent produire une disjonction plus ou moins grande qui s'accompagne quelque fois d'accidents très graves. »

Le plus souvent la pression excentrique nécessaire pour rompre la ceinture pelvienne est due à une force étrangère. Ce n'est plus la tête fœtale soumise à la pression des muscles utérins et abdominaux qui tend à s'enfoncer comme un coin, c'est la tête tirée par une force qui peut être très considérable.

De nombreuses expériences ont été faites pour apprécier la résistance de la ceinture pelvienne. Delore et Poulet en 1864 ont démontré, qu'en dehors de la grossesse elle est considérable et dépasse la force que ne peuvent déployer un ou plusieurs opérateurs tirant sur une tête fœtale. Ils prenaient un cadavre dont ils ouvraient largement la paroi abdominale antérieure, et fendaient le périnée et le vagin. Cherchant une boule à jouer d'un diamètre un peu supérieur au diamètre sacro-pubien, ils la plaçaient au-dessus du détroit supérieur et la saisissaient avec un forceps. Au point d'articulation des cuillers ils passaient une corde et y adaptaient une moufle et un dynamomètre. Dans les trois premières expériences faites avec des femmes âgées et en dehors de la grossesse, il fallut développer une force d'au moins 200 kilogr. Il refit la même manœuvre dans une quatrième expérience en prenant une femme morte au sixième mois de sa grossesse, et dans une cinquième chez une femme de 40 ans ayant succombé à une opération césarienne ; dans la première plus

de 200 kilogr. furent nécessaires, et dans la seconde 170 kilogr. suffirent.

Il nous est difficile de tirer des conclusions de ces expériences, d'abord parce qu'elles sont peu nombreuses, et surtout parce qu'elles sont trop éloignées de la réalité. Il n'y a aucun rapport entre une tête de fœtus et une boule à jouer : l'une est réductible, l'autre est incompressible; l'une est ronde, l'autre est ovale, agissant par conséquent sur tous les diamètres du détroit supérieur, ce que ne peut faire un corps arrondi. Aussi Chassagny, dans un long mémoire qu'il publie la même année dans le compte rendu des sciences médicales de Lyon, réfute-t-il point par point les expériences de Delore et Poulet. Il en refait de nouvelles en se servant d'appareils trop compliqués pour que nous les décrivions, elles lui permettent de réaliser un nouveau type de forceps et de tirer les conclusions suivantes :

a) Les auteurs ont pris pour point de départ des expériences qui leur ont fourni des données dynamométriques peu exactes.

b) Il n'y a aucun rapport entre une boule et une tête de fœtus.

c) Le forceps réunit toutes les conditions nécessaires pour produire la rupture des symphyses.

d) Les préceptes qui ont cours dans la science pour l'emploi du forceps tendent autant que possible à favoriser ces ruptures.

Des expériences de Mohrenheim on peut conclure que l'élargissement des surfaces articulaires s'obtient difficilement dans les bassins de vieille femme et dans les bassins rachitiques ; ceux-ci ayant perdu leur élasticité devront se rompre plutôt que de s'agrandir.

2° *Comment et à quel moment se produit cette rupture ?*

Telle est la deuxième question que nous voulons résoudre.

Nous avons répété plusieurs fois que le plus souvent la cause était instrumentale, c'est en effet le forceps qui agira de différentes manières sur la ceinture pelvienne. Saisissant un corps trop volumineux pour le cercle pelvien il cherche à le faire passer en forçant ce cercle, il se produit une véritable lutte entre la tête et la filière pelvienne, la victoire restera au plus fort. Qu'il y ait, pour une cause quelconque disproportion entre ces deux forces, ce qui se produit avec l'emploi du forceps, le bassin ne résistera pas à la force excentrique qui tend à l'écarteler, il cédera en son point le plus faible, la sym-

physe pubienne. La tête qui supporte une pression concentrique ne peut céder qu'au prix de la pénétration réciproque des os qui la constituent.

Au point de vue mécanique la traction se décompose en deux forces, une utile suivant l'axe de progression normale, l'autre nuisible dirigée contre le pubis. Cette dernière était malheureusement prépondérante lorsqu'on employait le forceps « dit de force » avec lesquelles tractions étaient mal dirigées, avec lequel on n'avait pas toujours achevé la rotation, avec lequel on faisait souvent levier en prenant point d'appui sur la région symphysienne. Ceci nous explique que les observations soient devenues si rares depuis l'emploi du forceps avec tracteur.

Le siège le plus fréquent de la rupture à l'union du pubis gauche avec la portion ligamenteuse est expliqué par le premier temps de l'extraction qui consiste à faire exécuter à la tête un mouvement de rotation. Que le diamètre antéro-postérieur du bassin soit rétréci, ou, ce qui revient au même, que la tête soit trop volumineuse, elle ne pourra se placer dans ce diamètre utile qu'en forçant la branche gauche du pubis, le point d'appui étant pris sur l'articulation sacro-iliaque droite. Si la résistance de la tête est considérable et la force déployée supérieure à la solidité des ligaments ou du cartilage, la victoire restera à l'opérateur, mais au prix de la destruction de l'articulation. Ce n'est pas toujours lors du passage de la tête au détroit supérieur qui se fait la rupture on cite quelques cas où elle est produite lors de l'expulsion ou de l'extraction au détroit inférieur. Peut-être n'est-ce qu'une rupture en deux temps qui s'achève, et n'est remarquée qu'à ce niveau. Cette rareté est expliquée pour les expériences de Korsch, qui a démontré que le détroit inférieur s'élargit sous l'influence d'une force moitié moindre que celle nécessaire pour élargir le détroit supérieur.

Si ces faits sont exacts pour les bassins à structure normale, à plus forte raison expliqueront-ils les ruptures si fréquentes dans les bassins dont la structure est altérée par le rachitisme, l'ostéomalacie ou toute autre cause débilitante.

Nous n'insisterons pas sur l'explication des ruptures dans l'emploi du levier comme dans les deux cas de Boddaert, c'est une pure question de mécanique, le point d'appui est faible, il cède. C'est éga-

lement ce qui se produit lorsqu'on fait exécuter au forceps des mouvements pendulaires, on transforme tour à tour chacune des branches en levier avec le bras de puissance très long par rapport au bras de la résistance.

C'est encore l'opérateur qui est responsable de la disjonction lorsqu'elle se produit après une version ou un accouchement par le siège; toute sa force est appliquée sur le fœtus qui résiste grâce à son élasticité et fait éclater en son point le plus faible la ceinture pelvienne sur laquelle il agit excentriquement.

*3° Quelle est son utilité, l'accouchement en est-il rendu plus facile?*

Ces questions sont actuellement trop bien connues par les travaux du professeur Pinard pour que nous y insistions. L'écartement des pubis ne peut se faire qu'à la condition que les articulations sacro-iliaques le permettent, soit par un décollement, soit par un arrachement du périoste constituant le ligament antérieur de cette articulation.

« Le diamètre antéro-postérieur médian n'existe plus; il est remplacé par deux lignes obliques partant du promontoire pour aller à chaque pubis et qui toutes deux, sensiblement égales, sont plus grandes que le promonto-pubien minimum. La différence de longueur est environ de 2 millimètres pour chaque centimètre d'écartement, de telle sorte qu'avec un écartement symétrique de 6 centimètres, les distances sacro-pubiennes augmentent de 12 millimètres environ. En outre les pubis, en s'écartant, s'abaissent dans le plan oblique descendant du détroit. Mais ce qui est le plus important au point de vue de l'agrandissement du bassin, ce que Farabeuf a bien démontré, c'est que dans la brèche antérieure interpubienne il se loge pendant l'agrandissement et la descente un segment de la sphère encéphalique d'autant plus épais que la brèche est plus large et le rayon de la tête plus petit. C'est la bosse pariétale, dont le rayon est justement plus petit que celui de la tête en général, qui profite de l'intervalle pubien dans lequel un segment pariétal épais de 20 millimètres peut s'engager et descendre ».

« Plus un bassin est aplati, plus le pubis s'éloigne du sacrum en s'écartant de son homonyme ». « Ce n'est pas seulement le diamètre antéro-postérieur qui est augmenté, tous les diamètres de l'excavation, tous ceux des détroits supérieur et inférieur participent à

l'agrandissement. Les diamètres obliques augmentent plus que l'antéro-postérieur; les transverses davantage encore, d'environ la moitié de l'écartement du pubis sur toute la hauteur du bassin. Quant au diamètre bi-ischiatique, son augmentation est presque égale à l'écartement inter-pubien, parce que, en raison de l'obliquité descendante en arrière des axes de charnières, les ischions sont à peu près aussi éloignés de ces axes que les pubis » (Ribemont-Dessaigues et Lepage).

Baudelocque, puis Bentely et Osiander avaient remarqué qu'un écartement de 2<sup>cm</sup>,7 avait donné un agrandissement antéro-postérieur de un demi-centimètre.

Ahlefeldt avait trouvé dans ses expériences une augmentation de 1<sup>cm</sup>,4, et il avait constaté et démontré que plus le promontoire est haut, plus l'augmentation est considérable après la séparation. Pour cela il fixait le sacrum, mesurait le diamètre promonto-pubien, il séparait les pubis et mesurait de nouveau, puis il les abaissait et obtenait le plus grand agrandissement.

|                       |      |                 |      |                     |      |
|-----------------------|------|-----------------|------|---------------------|------|
| 1 <sup>er</sup> cas.. | 10,9 | après rupture.. | 11,3 | après abaissement.. | 12,8 |
| 2 <sup>e</sup> — ..   | 11,7 | — — ..          | 12,1 | — — ..              | 13,3 |
| 3 <sup>e</sup> — ..   | 9,3  | — — ..          | ?    | — — ..              | 12,  |

## CHAPITRE V

### Symptômes.

Au point de vue clinique la rupture de la symphyse pubienne peut se produire brusquement sans troubles prémonitoires, ou bien n'être que la dernière étape d'un relâchement pathologique.

Dans ce dernier cas nous sommes en présence d'une femme qui, pendant les derniers temps de la grossesse, a éprouvé des douleurs à la région pubienne, aux aines, dans les lombes. La marche et la station verticale sont devenues impossibles, et c'est au lit que se sont passés les derniers temps de la gestation. L'impotence peut même aller jusqu'à se manifester dans la position couchée; dans de telles conditions l'examen physique nous révèle un relâchement considérable de la symphyse pubienne. Moreau, dans un cas s'étant assuré avant l'accouchement de la mobilité des pubis, put annoncer que l'application de forceps déterminerait la rupture.

Tout autre se présente une arthrite pubienne. La malade se plaint de douleurs au niveau du mont de Vénus et des régions inguinales, accompagnées d'impotence plus ou moins accentuée et de miction difficile. Des frissons apparaissent, la température s'élève, la soif est vive, des troubles digestifs compliquent la situation. L'examen de la région nous fait constater du gonflement, quelquefois même de l'œdème, le moindre contact est douloureux, les cuisses sont en flexion sur le bassin. Cette arthrite, suppurée le plus souvent, favorisera la rupture au moment de l'accouchement. C'est ce qui a dû se passer dans l'observation que nous rapportons.

Ces signes prémonitoires n'existent que rarement, ce qu'on constate en général, c'est un début brusque présentant le tableau suivant.

Au moment d'un effort d'expulsion fait par la femme ou d'un effort de traction fait par l'accoucheur il se produit un craquement souvent

assez bruyant pour être entendu de toutes les personnes présentes et même de la parturiente.

Bach le compare au bruit que produit la fracture d'un os; il suffit d'avoir assisté à une ostéoclasie pour conserver le souvenir de ce bruit spécial, terrible même selon l'expression de Chaussier.

En même temps la malade éprouve une douleur violente, véritable sensation de déchirure, lui arrachant un cri aigu, c'est ce qui fit pousser à la femme observée par Mangiagalli l'exclamation suivante : « Vous m'avez coupée en deux. »

Au même moment le fœtus descend rapidement ; si c'est au cours d'une application de forceps, le craquement est suivi de l'engagement, on éprouve nettement la sensation d'une résistance vaincue.

Si aucun de ces signes n'est pathognomonique sans examen plus approfondi, il n'en est plus de même s'ils sont réunis, ils forment une véritable triade symptomatique de grande valeur.

La douleur peut manquer, car c'est souvent au cours d'une intervention sous sommeil chloroformique que l'accident se produit.

Le craquement peut passer inaperçu, c'est un bruit qui n'est pas rare au cours du travail.

Les signes de certitude nous sont fournis par un *examen physique* attentif.

La position des membres inférieurs nous frappe tout d'abord. En raison de l'éloignement des deux os iliaques qui décrivent un arc de cercle autour d'un centre passant un peu en dedans de l'interligne sacro-iliaque, les cavités cotyloïdes ont été portées en dehors et en arrière. Les membres inférieurs reposent alors sur le plan du lit par leur face externe, il y a rotation en dehors accentuée.

La région pubienne peut avoir sa convexité exagérée, ce gonflement souvent tardif, pouvant se généraliser aux organes génitaux, est dû soit à l'infiltration des tissus comme dans toute fracture, soit au froissement des parties molles, comme dans tout accouchement laborieux, soit à un hématome apparaissant rapidement par rupture probable des vaisseaux clitoridiens (Bué). Les jours suivants celui-ci se manifestera par une ecchymose étendue comparable à celle des fractures de bassin.

La déformation a parfois été occasionnée par la saillie d'un des os déplacés, comme dans le cas de Lefrère, où la branche gauche du

pubis soulevée déformait le pénil et simulait une tumeur du volume du poing.

Le *palper*, même délicat, éveille ou exagère la douleur, qui peut rester localisée à la région pubienne ou s'irradier dans tout le petit bassin ou dans les cuisses. On sent deux saillies latérales, symétriques ou non, constituées par les pubis écartés, et limitant une dépression plus ou moins large, quelquefois 5 à 6 centimètres, occupant sur la ligne médiane la place de la symphyse. Si en même temps il y a disjonction sacro-iliaque unilatérale, le pubis du même côté sera plus écarté et sur un plan horizontal inférieur à celui du côté opposé.

Le *toucher vaginal* nous fournit les mêmes renseignements, mais avec plus de précision : douleur médiane, dépression limitée par deux berges saillantes, entre lesquelles le doigt, refoulant la muqueuse, peut pénétrer.

*Combiné au palper*, il permet de préciser les sensations qui avaient pu paraître obscures par l'une des deux méthodes. Dans certaines circonstances l'examen local est rendu difficile et même impossible par le gonflement considérable et la douleur exagérée.

On a conseillé de rechercher la mobilité anormale ; pour cela, on saisit les deux ailes iliaques entre le pouce qui plonge dans la fosse iliaque interne et les 4 autres doigts appliqués sur la face externe de l'os des îles, on cherche alors à les rapprocher l'un de l'autre ou à les séparer.

Si l'un des deux os iliaques est libre de toute attache par rupture de son articulation sacro-iliaque, on peut lui transmettre des mouvements légers de glissement ou des oscillations autour d'un axe antéro-postérieur.

Ahlfeld conseille de rechercher la mobilité en plaçant un pouce à chaque extrémité pubienne, qu'on cherche à abaisser alternativement.

Il est d'avis de mettre la femme sur le côté pour mieux examiner les rapports des surfaces articulaires.

Ces moyens barbares produisent de telles douleurs, qu'il faut autant que possible ne pas y avoir recours.

La mobilité, perçue par le toucher en faisant exécuter à la femme des mouvements alternatifs de flexion des cuisses sur le bassin, n'est

possible à rechercher qu'au bout d'un certain temps, quand la phase inflammatoire est terminée. Et encore n'est-elle pas toujours possible par suite de l'impotence dans laquelle est plongée la malade.

Elle ne peut pas détacher le talon du lit ; Moraux se demande si cette impotence, qui n'est pas très rare après l'accouchement et attribuée à des lésions nerveuses, ne serait pas due à une rupture mécon nue de la symphyse pubienne.

La disjonction concomitante des jointures sacro-iliaques sera reconnue à la douleur aiguë qu'on réveille à leur niveau par le toucher vaginal ou rectal et par le palper au niveau de la fesse. Cette lésion existe toujours, le cas d'Ansiaux est exceptionnel, et il est expliqué par la laxité des os ramollis par le rachitisme.

La valeur des *symptômes fonctionnels* est moins importante. La douleur, qui peut faire défaut au moment de la rupture, existe presque toujours dans la suite, elle est spontanée ou n'apparaît qu'à propos des mouvements des membres inférieurs, ou des efforts de toux ; elle est exagérée par le contact et par l'exploration. Tantôt elle reste localisée au mont de Vénus, tantôt elle pousse des irradiations dans le voisinage.

L'impotence dont nous avons déjà parlé est complète ; la malade, couchée dans la position horizontale, évite le moindre mouvement des membres inférieurs ou du bassin.

On constate assez souvent quelques troubles vésicaux, incontinence ou rétention d'urine sans lésion organique ; il est donc probable qu'ils sont d'origine nerveuse.

Quant aux signes généraux, ils sont nuls si aucune complication ne survient du côté de l'utérus ou de la symphyse.

Parmi les observations que nous avons recueillies, nous en avons trouvé plusieurs où la disjonction n'a été diagnostiquée que plusieurs jours après l'accouchement. Il y a donc des cas où les symptômes peuvent passer inaperçus.

C'est par hasard en pratiquant le toucher que Faux constate la rupture deux jours après l'accouchement. Loising ne la découvre que huit jours après. Ansiaux et Bach ont été étonnés de la voir au cours de l'autopsie. Dans notre observation, la présence de la collection purulente ne permettait pas de la sentir.

Les symptômes tardifs qui peuvent mettre sur la voie du diagnos-

tie rétrospectif ont été admirablement décrits par Trousseau.

La lecture des observations qu'il rapporte nous donne lieu de croire à des disjonctions interpubiennes méconnues. Malheureusement, l'histoire médicale seule est rapportée, la partie obstétricale qui nous intéresse est passée sous silence.

Huit jours, quinze jours, un mois après l'accouchement, une femme essaie de se lever : la station debout lui est impossible car elle éprouve une grande faiblesse dans les membres inférieurs, ainsi qu'une vive douleur qu'elle compare « à une barre » et qu'elle localise « dans les organes génitaux ».

Plus tard encore : la station debout est possible mais elle est très pénible, la marche est douloureuse, la femme porte son corps en arrière et prend point d'appui sur un bras ou le dos d'une chaise. Rapidement fatiguée, elle demande à se recoucher, au lit elle peut remuer les jambes ce qui élimine la paralysie à laquelle on peut songer.

Nous pouvons n'être appelés qu'à une période encore plus tardive ; nous nous trouvons en présence d'une femme accouchée un mois ou deux auparavant : elle se plaint d'éprouver de grandes difficultés à marcher. Faisons-lui exécuter quelques pas en notre présence, nous serons frappés de son allure, elle traîne péniblement les jambes, s'inclinant fortement à droite et à gauche, suivant qu'elle avance le pied gauche ou le pied droit, en un mot elle a la démarche du canard. Se tenir à cloche-pied est impossible, essaie-t-elle qu'aussitôt elle s'affaisse, accusant de fortes douleurs pelviennes et lombaires.

Si nous avons affaire à une disjonction simple du pubis sans complications d'aucune sorte, quelle sera son évolution, sa durée, sa terminaison ?

Si on prend soin de maintenir l'accouchée au repos le plus absolu avec rapprochement des membres inférieurs, on obtient une guérison rapide en deux, trois, quatre semaines. Nous verrons plus loin qu'il n'en est plus de même dans les cas où une autre lésion est venue compliquer la rupture. La réparation de la symphyse se fait soit par simple régénération des tissus fibreux et cartilagineux, soit par ossification partielle ou totale de l'articulation, comme l'ont démontré les expériences de Dührssen sur le lapin. La solidité est souvent plus considérable que normalement, elle a permis dans plusieurs cas des accouchements ultérieurs sans accidents pendant la grossesse ou le travail.

Nous sommes donc loin des idées qu'émettait Murat lorsqu'il écrivait ces lignes en 1821 :

« Si les efforts médicamenteux de la nature ne sont troublés par aucune complication ni par une nouvelle cause d'irritation, la douleur cessera peu à peu; la station et la progression, d'abord difficiles, se rétablissent graduellement; la claudication subsiste cependant, plus ou moins longtemps, et quelquefois même pendant toute la vie. L'exercice renouvelle parfois les accidents; on a des exemples de guérison solide, mais il faut quelquefois beaucoup de temps pour l'obtenir. Un accoucheur anglais, M. Thomas Denman, dit, en parlant de la lenteur avec laquelle les symphyses se réunissent : « Je suis informé qu'une personne, après avoir gardé le lit pendant plus de huit ans à la suite de la séparation des os du pubis qui s'était manifestée dans un accouchement laborieux, a recouvré l'entier et libre usage des extrémités inférieures. » Dans quelques cas, les symphyses conservent de la mobilité, il se forme une espèce d'articulation à la symphyse du pubis et à la jonction des os iliaques avec le sacrum. M. Clive, chirurgien anglais, a fait voir à M. Denman un bassin qui offrait cette disposition. »

---

## CHAPITRE VI

### Complications.

Les complications sont de deux ordres : les unes primitives sont occasionnées par la force brutale, cause de la rupture, aussi siègent-elles dans son voisinage ; les autres secondaires sont dues à des infections microbiennes. Nous ne parlerons pas des complications tardives, comme l'absence de consolidation, que nous nous réservons d'étudier avec le pronostic.

La rupture de la symphyse sacro-iliaque ne doit être considérée comme une complication que lorsqu'elle est double et s'accompagne de déchirures étendues de ses moyens d'union, véritables luxations des os du bassin les uns sur les autres. La femme éprouve des douleurs aiguës, généralisées à toute la région fessière ; ces lésions exagèrent l'impotence et retardent la guérison.

Ce sont les parties molles qui sont le plus souvent atteintes soit par le passage de la tête fœtale, soit par l'instrument employé, soit même par l'éclatement de la symphyse. Le *vagin* peut être déchiré au niveau de sa paroi antérieure ; si la déchirure s'étend en profondeur jusqu'à la symphyse, elle la transforme en articulation ouverte, et augmente les chances d'infection. Dans certains cas elle a permis au doigt introduit dans le vagin de pénétrer jusqu'à l'articulation et de sentir la dénudation du pubis (obs. de Adams, Havajewicz, Bué). Pour Budin et Maygrier, il se ferait une véritable section de la paroi vaginale comprimée entre la tête fœtale et le bord postérieur des surfaces articulaires pubiennes, plaie dont la pathogénie est comparable à celles qui se produisent au niveau des arcades sourcilières. Winckel et Audebert pensent que la déchirure se produit par surdistension transversale des parties molles. Porak ajoute à cette distension transversale l'extension longitudinale de la paroi du vagin par la descente de la tête.

L'*urèthre* est déchiré dans l'observation de Wahl ; il peut n'être que tirailé, dévié, élargi et raccourci même comme dans le cas rap-

porté par le professeur Guyon. Cette lésion uréthrale peut être due à l'action vulnérante directe du fragment osseux, mais dans le cas où elle siège à la partie postérieure, elle est produite, dit Fraisse, par la traction du ligament de Carcassonne.

La vessie peut n'avoir qu'une contusion s'accompagnant alors d'incontinence ou de rétention que Kufferath explique par des tiraillements du corps vésical par distension transversale. Chez la malade d'Adams, la vessie était déchirée à sa partie antérieure. Ce n'est pas le fragment osseux qui en est la cause, prétend Fraisse, c'est le ligament vésico-pubien qui arrache, ou bien encore c'est une vessie pleine, comprimée contre le symphyse, qui éclate au moment où le vide se fait.

Ces lésions s'accompagnent d'infiltration d'urine toujours grave par elle-même et par la suppuration qu'elle peut amener dans son foyer.

Les déchirures de la vulve aboutissant au vestibule, du périnée, des racines du clitoris, sont peu graves. Elles sont visibles et peuvent être réparées rapidement.

L'écartement traumatique de symphyses distendant les ligaments d'un utérus surmené suffit à expliquer l'inertie utérine avec l'hémorrhagie abondante qui l'accompagne. Nous avons relevé en effet dans l'observation de Bué que l'écoulement sanguin continue après la délivrance et ne cesse qu'après l'application d'une ceinture.

Les complications secondaires apparaissent plus ou moins rapidement. La plus redoutable de toutes est l'*arthrite* traumatique qui souvent devient purulente. Elle est annoncée alors par des phénomènes généraux, frissons, fièvre plus ou moins forte, céphalalgie, puis la douleur s'exagère dans la région pubienne, du gonflement et de l'œdème apparaissent. Si on n'intervient pas à temps la tuméfaction devient considérable, la rougeur apparaît, la fluctuation est nette.

Bouilly, dans sa thèse d'agrégation, parle d'abcès de la cavité de Retzius secondaire à une inflammation de la symphyse, abcès se révélant par une tumeur pouvant acquérir le volume d'une noix de coco (Gordón).

Cette arthrite peut être purulente d'emblée ou encore prendre les allures insidieuses des affections puerpérales rapidement mortelles.

Dans les formes les plus graves, comme on en rencontrait antérieurement, la suppuration peut devenir le point de départ d'une pyohé-

mie qui profite d'un état général mauvais pour marcher à grands pas vers la mort ; aussi Dührsen donne-t-il une mortalité de 70,9 pour 100.

Dans certains cas plus heureux la collection purulente ne reste pas localisée à la région malade, elle fuse vers le tissu cellulaire du petit bassin, ou tend à venir s'ouvrir au niveau de la grande lèvre, comme dans les observations d'Havajewicz et d'Ahlfeld.

Les pubis séparés se sont nécrosés dans l'observation de Wahl et plusieurs séquestres pénétrèrent dans l'urèthre le 20<sup>e</sup> jour, dans celle du professeur Guyon nous lisons qu'une surface articulaire pubienne s'élimina ; dans la nôtre on a senti dénudée la portion osseuse comprise entre l'épine et l'angle pubien.

Citons également la *phlébite* du plexus de Santorini qui, dans un cas rapporté par Hecker, se propagea à la veine iliaque et emporta la malade, l'*ostéomyélite* putride quand le foyer communique avec l'extérieur ou avec un épanchement d'urine, la *gangrène* du tissu cellulaire et de la peau prépubienne. Enfin la *péritonite* peut être la cause de la mort comme dans le cas de Papavoine et d'Ahlfeld.

Avant la période antiseptique les complications infectieuses étaient redoutables, les micro-organismes qui pullulent dans le vagin profitent de la moindre éraillure pour pénétrer dans les tissus et s'y développer. Souvent même les plaies vaginales les conduisent directement vers l'articulation dont les tissus traumatisés seront d'excellents milieux de culture. Actuellement encore les phénomènes infectieux ne sont pas rares, nous en retrouvons dans les observations les plus récentes, comme celle de Bué (1897). Ils peuvent même précéder la rupture, étant de cause interne comme dans l'observation que nous rapportons.

La marche varie avec chacune des complications et surtout avec le traitement appliqué. Si la collection purulente est formée, elle peut venir saillir en un point quelconque et s'ouvrir seule, mais le plus souvent l'orifice sera petit, l'écoulement se fera mal, la suppuration durera longtemps. Si au contraire une large voie est ouverte au pus, que les pansements soient faits avec soin et l'on verra bientôt la fin de la maladie. On cite quelques cas où après guérison l'articulation présentait plus de solidité qu'une symphyse normale.

## CHAPITRE VII

### Pronostic.

La rupture de la symphyse pubienne est toujours un accident sérieux de l'accouchement, mais depuis l'usage courant en obstétrique de l'antisepsie et de l'asepsie, non seulement on n'a plus à redouter l'apparition de complications, mais encore on peut enrayer celles-ci lorsqu'elles se produisent.

Les chiffres sont là pour confirmer ce que nous avançons. En 1855, Malgaigne considérait le pronostic comme grave, puisque sur 17 femmes 8 avaient succombé. Fraisse, en 1882, a trouvé 10 décès sur 24 cas, c'est-à-dire près de la moitié. « La mort, dit-il, est amenée de préférence par l'arthrite puerpérale, l'ostéomyélite putride et l'infection purulente. La péritonite également compte dans notre statistique pour plusieurs cas de mort. »

D'après Schauta, en 1888, elle n'est plus que d'un tiers. Sur 12 cas nouveaux rapportés par Moraux, de 1882 à 1897, il n'y a que deux morts.

Le pronostic est aggravé par une des complications énumérées plus haut. Malgré l'antisepsie la plus rigoureuse des organes génitaux internes, la suppuration peut apparaître, prendre les allures de l'infection puerpérale et emporter rapidement l'accouchée. Cependant Dührsen pose un pronostic favorable *quoad vitam* dans la suppuration de la symphyse, tant que l'infection puerpérale n'est pas généralisée, il considère même cette suppuration articulaire comme utile pour la solidité future de la symphyse.

Si la guérison est complète et rapide dans les disjonctions simples, elle est beaucoup plus longue dans les disjonctions compliquées.

Trois mois après l'accouchement, la malade de Cayla marchait encore difficilement et elle n'aurait pas pu le faire sans sa ceinture.

Ce n'est qu'au bout de 4 mois que l'accouchée d'Adams peut se promener dans sa chambre ; après 5 mois celle de Denman ; celle du professeur Guyon est maintenue 6 mois dans sa boîte de son. La femme observée par Fraisse ne marche pas encore après un an. Thomas Denman dit en parlant de la lenteur avec laquelle les symphyses se réunissent : « Je suis informé qu'une personne, après avoir gardé le lit pendant plus de 8 ans à la suite de la séparation des os du pubis, qui s'était manifestée dans un accouchement laborieux, a recouvré l'entier et libre usage des extrémités inférieures. »

La guérison n'est pas toujours complète ; l'écartement peut n'être maintenu que par un cal fibreux solide, mais de dimensions telles qu'il permet des mouvements légers. Il s'ensuit que la marche est difficile et que la claudication peut persister toute la vie.

La malade du P<sup>r</sup> Guyon a conservé une incontinence irrémédiable, celle de Bué a gardé une certaine faiblesse de sphincter vésical, en ce sens qu'elle est obligée de satisfaire immédiatement le besoin d'uriner dès qu'il se fait sentir.

Il est intéressant de se demander ce que deviendra cette symphyse réparée dans un accouchement ultérieur. Nous ne connaissons qu'un cas de rupture nouvelle à la grossesse suivante, et Rémy parle d'une femme qui a éprouvé une douleur assez vive au moment de l'expulsion, mais sans déchirure ligamenteuse. Ce qui se produit le plus souvent, c'est que l'accouchement est spontané, comme cela se produisit dans les faits observés par Rémy, par le professeur Pinard et par Imbert, signalé par Gmelin. Le bassin reste élargi par union des symphyses au moyen d'une masse cartilagineuse ; par contre, comme dans le cas de Lefebvre il peut se former à la face postérieure de la symphyse un cal exubérant, cause de dystocie, puisqu'il nécessita une basiotripsie.

Que conclure de cette étude ? C'est que la rupture, dont le pronostic s'est amélioré depuis la pratique de l'antisepsie, est encore un accident assez sérieux pour qu'on cherche à l'éviter. Sigault et surtout M. le professeur Pinard nous en ont donné le moyen en nous montrant à faire nous-même, mais en suivant certaines règles, ce que la nature a fait aveuglément avant nous.

---

## CHAPITRE VIII

### Diagnostic.

Si nous voulons ne pas laisser passer une rupture de la symphyse, pensons-y malgré sa rareté.

Suivons l'accouchée depuis le travail jusqu'au moment où on lui permet de se lever, et passons en revue les différentes erreurs que l'on peut commettre en interprétant faussement les symptômes.

Le travail est commencé, la femme pousse énergiquement, la tête reste toujours au-dessus du détroit supérieur, un craquement se fait entendre accompagné d'une douleur terrible, angoissante. Nous pourrions penser de suite à une *rupture utérine*. Analysons ces deux symptômes : ce n'est pas un bruit sec que nous avons entendu, c'est un bruit sourd, prolongé « analogue à celui que donne la déchirure d'une étoffe molle et usée » ; la douleur a été si vive qu'elle a pu déterminer une syncope, le shock a été considérable. L'abdomen tout entier est douloureux, les contractions s'arrêtent, une hémorrhagie inquiétante interne et externe se produit, une partie du sang s'écoule par la vulve, tous les signes d'une hémorrhagie profonde apparaissent, pâleur du visage, sueurs froides, besoin d'air, petitesse du pouls, menace de syncope si elle n'a pas été immédiate. Adams redoutant une rupture de l'utérus au cours d'une application de forceps, regarde sa malade, mais ne s'effraie pas en constatant que « sa contenance était bonne, et qu'elle n'avait pas bronché ».

La tête maintenue depuis un certain temps au-dessus du détroit supérieur le franchit tout à coup, soit sous l'influence de contractions utérines énergiques, soit entraînée par une force étrangère, mais au même moment on entend un craquement accompagné d'un cri aigu poussé par la malade, qui se plaint d'une douleur dans la région pubienne. Nous pouvons nous trouver en présence d'une *fracture* des

branches ischio-pubiennes. Van der Espt, en 1866, dans le *Journal de Médecine* de Bruxelles, rapporte une fracture siégeant entre l'épine et l'angle du pubis du côté droit, survenue au cours d'une application de forceps au détroit supérieur.

Le craquement peut être dû à une *luxation* complète ou incomplète de l'articulation *sacro coccygienne*, comme Lauverjat en rapporte un fait, mais alors la douleur aura son siège en rapport avec la lésion.

Si le bruit entendu est occasionné par une *fracture du crâne fœtal* trop fortement comprimé, on ne pourra s'en rendre compte que par l'examen physique, la femme n'a pas accusé de douleur exagérée et fréquemment le forceps a dérapé. Il est vrai que dans certains cas ou pourrait rencontrer les deux affections.

La *disjonction d'un symphyse sacro-iliaque* s'accompagne également d'un craquement, mais la douleur siège au niveau de la fesse. Isolée cette rupture est rare, très rare même, elle accompagne presque toujours une disjonction inter-pubienne. Il est bon de savoir la constater, mais à titre de complication.

Si c'est au cours d'une version qu'on entend craquer, on peut supposer que ce bruit est l'indice d'une *fracture fœtale*, aussi dès l'expulsion doit-on passer en revue tous les membres de l'enfant. Les trouvant intacts, songeons à la mère et faisons un examen physique qui nous mettra sur la voie du diagnostic.

L'opérateur peut n'avoir rien remarqué d'anormal pendant l'accouchement, mais quelque temps après son attention est attirée par l'impotence fonctionnelle plus ou moins complète. Les mouvements des membres inférieurs sont nuls, pour les motifs que nous avons énumérés, aussi ne faut-il pas confondre cette pseudo-paralysie avec la *paraplégie traumatique ou réflexe*. A une période plus éloignée de l'accouchement nous avons un moyen sûr de faire ce diagnostic ; mettons autour du bassin de notre malade un bandage de corps ou une ceinture, ainsi maintenue elle peut mouvoir ses membres inférieurs, quelquefois même elle peut se tenir debout, tandis que dans la paralysie l'impotence est complète.

Queirel rapporte un cas d'*arthrite pubienne blennorrhagique* caractérisée par une douleur vive, le toucher digital nous permet de ne pas le confondre avec une rupture de la symphyse.

Dans les cas rapportés par Trousseau les femmes récemment accouchées se plaignaient vaguement des parties génitales, de l'impossibilité de marcher, il y avait de plus de la leucorrhée; « le toucher démontrait l'existence de déchirures du col ou de granulations persistantes; alors quoi de plus naturel, en présence de renseignements aussi vagues fournis par les malades que de croire à une *métrite* et de rapporter à celle-ci l'impossibilité de la marche et même de la station debout? L'erreur est d'autant plus permise que la *métrite* est aussi fréquente que la rupture des symphyses est peu commune » (Trousseau).

Dans quelques cas il est impossible surtout au bout d'un certain temps, de distinguer un *relâchement* considérable de la symphyse d'une rupture inter-pubienne, qui peut même être incomplète.

Le diagnostic tardif offre encore plus de difficultés, c'est par l'interrogatoire, les commémoratifs et surtout l'examen physique qu'on peut supposer une rupture produite au cours du travail.

Il est utile au point de vue thérapeutique de savoir diagnostiquer de bonne heure les complications. Nous avons insisté sur la façon dont apparaît l'arthrite pubienne suppurée.

La douleur de l'entorse sacro-iliaque concomitante ne sera pas confondue avec une *névralgie sciatique*, qui n'est pas rare après un accouchement laborieux. La recherche des points décrits par Valleix d'une part, la douleur siégeant uniquement sur l'interligne articulaire d'autre part, interligne sur lequel on arrive par le toucher rectal ou vaginal, ne nous permettront pas de nous tromper.

C'est encore par un examen physique attentif que nous pourrions affirmer une rupture sacro-iliaque complète, simple ou double, accompagnant la disjonction pubienne.

---

## CHAPITRE IX

### Traitement.

#### I

Quelle conduite tiendrons-nous en présence d'une rupture de la symphyse? Deux os normalement réunis sont séparés par une déchirure de leurs moyens d'union; et, comme ces deux os font partie d'un cercle doué d'élasticité, ils se sont écartés. Notre but sera donc : 1° de rapprocher les deux surfaces osseuses ; 2° de les maintenir rapprochées pour permettre la réparation des tissus.

C'est ce que Trousseau formulait en disant qu'il fallait « mettre un cercle à un bassin dont les douves se sont écartées ». « Suppléer à l'insuffisance momentanée des moyens de contention intrinsèque par une contention extrinsèque. »

De nombreux appareils ont été inventés pour remplir ces conditions, depuis la serviette nouée autour du bassin jusqu'aux ingénieuses ceintures modernes.

Chaque auteur nous indique le moyen de contention qu'il a choisi. Les uns emploient le bandage du corps, les autres font confectionner des ceintures de coutil, de peau de daim, de cuir qu'on peut lacer à volonté.

Les appareils plâtrés ont été également appliqués, mais le plus souvent ils ont été mal supportés. Nous savons en effet que les régions où les saillies osseuses sont très accentuées, supportent fort mal tout appareil, même légèrement compressif. Nous ne serons donc pas étonné de voir la ceinture plâtrée complètement abandonnée. Nous ajouterons même qu'elle est dangereuse en nous cachant ce qu'elle recouvre, et en pouvant amener des plaques de sphacèle au niveau des crêtes et des épines iliaques.

Pour parer à ce défaut on a fait construire des ceintures bien rem-

bourrées qu'on peut serrer vigoureusement sans être gênantes. Celle de Chantreuil se compose de deux portions égales qui se rattachent en arrière par des sangles et qui en avant se fixent au moyen d'œilletons et de lacets. Sur sa face antérieure, de chaque côté de la ligne médiane et sur sa face postérieure, existent deux coussinets en caoutchouc qu'on peut gonfler d'air de manière à agir directement sur le bassin. Ces coussinets ont la hauteur de la ceinture et une largeur de 10 centimètres ; ils correspondent au milieu ou au tiers interne des arcades crurales ; par leur face libre ils regardent en arrière et vers le plan médian et antéro-postérieur du corps. Ils permettent de régler la compression sans déranger l'appareil.

La ceinture de Martin, construite pour permettre aux femmes de se lever, a donné au professeur Tarnier d'excellents résultats. « Elle se compose d'un cercle de fer ou d'acier, analogue à celui que les forgerons mettent autour des jantes d'une roue de voiture. Ce cercle, haut de 4 centimètres environ et bien matelassé, doit passer entre le grand trochanter et la crête iliaque et entourer le bassin sur lequel il sera exactement moulé. Il est interrompu à sa partie antérieure, où l'une des extrémités porte une courroie, tandis que l'autre présente une boule ou bouton métallique, on peut donc la serrer énergiquement. »

Kopfer et Guéniot ont inventé également des appareils ingénieux.

Plus simple et mieux supportée est la ceinture métallique que Collin a construite pour MM. Pinard et Ribemont-Dessaignes. Elle a l'avantage de ne pas faire le tour complet de l'accouchée et de permettre la surveillance de la région symphysienne.

En dehors de ces ceintures, il faut avoir soin d'entraver les membres inférieurs à l'aide de deux liens, l'un placé à mi-hauteur des cuisses, l'autre au-dessus des articulations tibio-tarsiennes.

Pour éviter à la femme tout mouvement qui est une cause de douleur et fait jouer les surfaces articulaires l'une contre l'autre, nous nous sommes bien trouvés du lit à élévation de Herbet que M. le professeur Pinard emploie après la symphyséotomie. Celui de Dupont peut le remplacer. Ils permettent de soulever la malade pour les besoins naturels, pour les toilettes vulvaires et les injections vaginales.

N'oublions pas en effet que nous devons à tout prix éviter l'inflammation de la symphyse, l'immobilité complète remplit déjà ce rôle ; il faut en même temps veiller à l'antisepsie la plus rigoureuse du vagin, où les éraillures et les déchirures seront des portes d'entrée largement ouvertes. Souvent le simple pansement vulvaire ne suffit pas, il faut bourrer le vagin de gaze iodoformée. La manœuvre en a été bien indiquée par M. Pinard : au lieu d'écarter les membres inférieurs, ce qui amène une disjonction, on les fléchit à angle droit sur le bassin, les jambes étant fléchies sur les cuisses. Cette position permet d'opérer facilement du côté du vagin, elle a l'avantage de bien maintenir en contact les deux pubis et même de donner à la malade un grand soulagement.

C'est en nous inspirant de ces principes que nous avons maintenu la demi-flexion des jambes sur les cuisses en mettant un traversin sous les creux poplités.

Si aucune complication ne survient, on peut enlever l'appareil contentif au bout de la deuxième ou troisième semaine, on ne doit permettre à la malade de se lever qu'après un mois, et encore faut-il faire auparavant un examen approfondi de l'état de la symphyse au point de vue de sa solidité.

Il ne faudrait pas croire que la guérison ne soit possible qu'à la condition d'employer une ceinture. Dans le cas que nous rapportons, sur les conseils du professeur Pinard, nous n'avons appliqué qu'un bandage de flanelle peu serré destiné à maintenir le pansement humide de la plaie opératoire. La malade avait été couchée sur un lit dur et les membres inférieurs avaient été rapprochés.

Ulsamer propose, dans le cas où la ceinture ne peut être conservée, de mettre la malade dans le décubitus latéral ; nous nous permettons de rejeter cette position qui sera mal supportée, au moins les premiers jours.

Le traitement des complications est trop connu pour y insister. Si la douleur pubienne ne disparaît pas par l'immobilisation, si même elle augmente, nous devons redoubler de soins dans l'antisepsie du vagin, appliquer même une vessie de glace sur la région douloureuse. La suppuration est-elle certaine ? Agissons sans retard pour éviter les fusées purulentes ; ouvrons, drainons et pansons.

Les déchirures vaginales, vulvaires, uréthrales et périnéales doivent être suturées immédiatement.

Dührss en propose la symphyséorrhaphie immédiate lorsque le diagnostic de la rupture est fait aussitôt après l'accouchement.

Blundell va même jusqu'à la résection des symphyse ; nous n'insisterons pas sur la valeur de ce procédé, l'auteur paraît oublier qu'il peut y avoir des accouchements ultérieurs.

Le traitement général ne doit pas être laissé de côté ; le fer, le quinquina, l'alcool soutiendront les forces de la malade, le phosphate de chaux paraît favorable à la marche de la consolidation osseuse. Dès qu'elle se lèvera, l'hydrothérapie et l'électrothérapie pourront être utilisées.

C'est surtout dans la littérature ancienne que nous trouvons des observations où le défaut de repos, l'âge avancé, l'état de cachexie se sont opposés à la consolidation. La femme est devenue une infirme que l'on soulagera en lui appliquant la ceinture de coutil recommandée par Trousseau.

Si ce défaut de consolidation se produisait chez une femme jeune, bien portante, que tous les moyens orthopédiques n'aient amené aucune modification heureuse, il ne faudrait pas reculer devant une symphyséorrhaphie. Elle a été faite déjà plusieurs fois après symphyséotomie non consolidée, par MM. Zweifel, Tuffier, Binaud et Franck, et elle a toujours été couronnée de succès.

## II

Nous venons d'apprendre à traiter une disjonction de la symphyse pubienne ; mais cette disjonction ne pouvons-nous pas l'éviter ? Assurément, et aujourd'hui plus que jamais.

Rappelons-nous les conditions les plus fréquentes dans lesquelles elle s'est produite, à part les cas rares de maladie de la symphyse : arthrite aiguë purulente ou non, ramollissement ostéomalacique, ostéomyélite du pubis, etc. ; à part ces cas, disons-nous, c'est presque toujours au cours d'une intervention sur un bassin vicié. La tête ne s'engageant pas est saisie par le forceps au-dessus du détroit supérieur, elle est tirée plus ou moins violemment, l'enfant souffre et la mère n'accouche que si la symphyse se rompt, bien heureux si de vastes dégâts ne viennent pas aggraver le pronostic.

Imitons la nature et devançons-là, agrandissons le détroit supérieur, mais par une symphyséotomie bien conduite. Les complications

seront ainsi évitées, nous aurons extrait un enfant bien portant qui n'aura pas souffert, nous aurons épargné à la mère les fatigues et l'épuisement de la lutte.

L'enfant étant mort, la basiotripsie est indiquée.

En un mot, la symphyséotomie, avec les précautions que l'anti-sepsie nous permet de prendre, avec les règles bien tracées par MM. Pinard et Varnier, est le seul grand traitement préventif de la rupture de la symphyse pubienne au cours de l'accouchement.

---



## OBSERVATIONS

### OBSERVATION I (personnelle).

La nommée Jeanne P..., cuisinière, âgée de 35 ans, entre dans le service du Dr Maygrier à l'hôpital de la Charité, le 5 mai 1898.

*Antécédents.* — La malade ne sait pas à quel âge elle a marché, elle n'a jamais entendu dire autour d'elle qu'elle eût marché tard.

Réglée à 14 ans, très régulièrement, elle n'a jamais été malade, elle a eu cinq grossesses normales avec accouchements spontanés à terme, et enfants vivants. Actuellement il ne lui en reste qu'un âgé de 8 ans et bien portant. Le premier est mort de bronchite à 13 ans, le 2<sup>e</sup> à 22 mois de cause inconnue, le 3<sup>e</sup> fut enlevé par le croup au même âge que le précédent, le 5<sup>e</sup> par une méningite (?) à 22 jours.

Pendant sa grossesse actuelle au 3<sup>e</sup> mois, elle est tombée sur le dos en descendant d'un tramway insuffisamment arrêté, chute suivie pendant trois ou quatre jours d'une douleur légère dans la région pubienne. Depuis cet accident elle a toujours éprouvé une certaine difficulté à se lever lorsqu'elle était assise, accompagnée d'un léger engourdissement, la marche n'était pas douloureuse et était supportée sans fatigue.

Le 15 avril, elle est prise de céphalalgie intense avec frissons, puis sa face tout entière, et surtout la région palpébrale et les oreilles « enflent, dit-elle, au point qu'elle resta trois jours sans pouvoir ouvrir les yeux ». Elle n'accuse ni vomissements, ni diarrhée; n'ayant pas vu de médecin pour cette affection, il y a tout lieu de croire, d'après la description qu'elle en donne, qu'elle eut un érysipèle de la face, qui lui laissa des bourdonnements d'oreille avec surdité presque complète, et qui disparut sans desquamation et sans croûtes.

A la fin d'avril, voulant sortir de son lit, elle ressent une douleur aiguë au niveau de la symphyse du pubis, elle ne peut faire un pas, et s'affaisse sur une chaise voisine, on est obligé de la recoucher et elle ne sortira de son lit que pour être amenée à l'hôpital. Ne pouvant garder que le décubitus dorsal, elle n'éprouve au repos aucune douleur spontanée, celle-ci ne se produit que sous l'influence des moindres mouvements des membres inférieurs.

L'appétit disparaît, la constipation est opiniâtre, le soir la malade accuse un léger mouvement fébrile.

Le 5 mai. Elle entre dans le service d'accouchement de la Charité; elle n'est pas encore à terme puisqu'elle a eu ses dernières règles du 10 au 14 avril 1897.

Par le palper on sent le dos à droite, et les petites parties à gauche, la tête est en bas, non engagée.

Par le toucher le col est épais, non effacé, le sommet est mobile au détroit supérieur.

Les battements du cœur fœtal sont entendus sur la ligne étendue de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite.

On lui donne un bain et un lavement laudanisé. A 10 heures du soir la température est de 38°, les douleurs sont légères, et il y a un petit écoulement sanguin par la vulve.

Elle passe la nuit à la salle de travail, et le 6 au matin elle est remontée au dortoir.

En présence de cet état fébrile et de la localisation douloureuse, on fait le diagnostic de grippe avec névralgie inguinale. Le maximum de la douleur par la pression est la symphyse pubienne.

Traitement : antipyrine 2 grammes, et lait.

Les jours suivants l'état général s'améliore, mais pendant les huit jours qu'elle passe au dortoir elle éprouve toujours une légère douleur, s'exaspérant toutes les demi-heures, puis à la fin toutes les quarts d'heure, que la malade comparait aux douleurs expulsives.

Le sommeil est rare, les mictions et les selles sont normales, pas de maux de reins comme aux accouchements antérieurs ; pas d'irradiations douloureuses.

Pendant cette période personne ne constate quoi que ce soit d'appréciable dans la région hypogastrique.

Le mercredi 11 mai, les douleurs augmentent d'intensité, aussi la malade est-elle descendue à la salle de travail à 7 heures du soir.

La dilatation est de 5 francs, la tête peu engagée est en O.I.G.A., la poche des eaux bombe peu aux moments des contractions.

Le fond de l'utérus est à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, le dos est à gauche, les battements du cœur fœtal ont leur maximum à gauche, ils sont normaux.

A 1 h. 20, la poche des eaux se rompt, le liquide amniotique normal s'écoule en assez grande abondance.

A 2 h. 45, la dilatation est d'une paume de main, la suture sagittale occupe le diamètre oblique gauche, la fontanelle postérieure est en haut et à gauche.

Les battements du cœur fœtal sont affaiblis.

Les douleurs sont ininterrompues, avec prédominance au niveau de la symphyse, aussi la femme pousse-t-elle des cris déchirants à chaque contraction.

A 2 h. 50, la tête sort spontanément, il y a trois circulaires lâches autour du cou, qui sont dégagés par-dessus la tête ; on fait la rotation externe à gauche ; on tire sur la tête d'abord en bas, puis directement en haut, le fœtus est tout entier extrait.

Le cordon est lié après deux minutes ; le périnée est intact ; l'enfant, du sexe masculin, est bien constitué, il pèse 2,230 grammes.

Diamètres de la tête :

|            |      |
|------------|------|
| O.M.....   | 11   |
| O.F.....   | 10,5 |
| S.O.B..... | 9,   |
| B.P.....   | 8,5  |
| B.T.....   | 7,5  |

L'ossification des os du crâne est normale.

A 3 h. 5, le placenta étant dans le vagin on essaie de l'amener au dehors par des tractions sur le cordon ; comme il ne vient pas on fait une injection chaude et on attend.

A 3 h. 25, on fait une nouvelle tentative et on extrait un placenta de 510 grammes avec membranes intactes. Le cordon a 88 cent. de long.

Les deux jours qui suivirent l'accouchement furent marqués par une diminution considérable de la douleur, avec miction facile.

Le 3<sup>e</sup> jour la douleur réapparaît, augmente et rend la miction impossible, la malade remarque une « grosseur » dans la région hypogastrique, on pense à la vessie dilatée par la rétention, aussi fait-on immédiatement le cathétérisme, qui ne fait pas disparaître la tumeur.

Pendant les jours suivant l'accouchement, la température monte de quelques dixièmes, le 14 elle atteint 38° et s'y maintient jusqu'au 16 au soir où elle monte à 38°,5. Les lochies sont abondantes, couleur chocolat, d'odeur fétide, aussi lui fait-on des injections intra-utérines chaudes avec du sublimé.

Constatant en même temps une tumeur dure, douloureuse à la pression, occupant la région symphysienne qu'elle déborde en haut et à gauche, elle est passée dans le service de chirurgie du Dr Campenon.

Couchée au n° 2 de la salle J.-L. Petit où nous la voyons pour la première fois le 17 mai, elle est examinée d'abord dans son lit ; on constate une rétention d'urine assez accentuée qu'on est obligé d'évacuer pour avoir des sensations nettes.

La région sus-pubienne est occupée par une tuméfaction qui remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, s'étendant plus à gauche qu'à droite, elle est dure, fluctuante, extrêmement douloureuse, avec points maxima à 2 centim. de la ligne médiane.

Par le toucher on sent une masse volumineuse, étalée, pré-vésicale, et refoulant en arrière la vessie ; on peut la saisir entre le doigt vaginal et la main superficielle.

Endormie sous le chloroforme nous pouvons approfondir notre examen que la douleur ne permettait pas de faire aussi complètement que nous l'aurions désiré.

Cette poche fluctuante descend en avant de la symphyse, et la fluctuation est transmise jusqu'au niveau du clitoris en bas, en haut elle remonte à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse, s'étend à droite et à gauche en dehors de l'insertion des grands droits, mais elle s'étale plus à gauche qu'à droite où elle dépasse à peine le bord externe du muscle grand droit.

La respiration ne retentit en rien sur la poche.

Par le toucher vaginal on trouve ce que nous avons décrit plus haut, mais on ne constate rien d'anormal derrière la symphyse.

M. Campenon fait une incision de 8 centim. sur la ligne médiane, il coupe la peau, le tissu cellulo-graisseux abondant dans la région, et, dès l'incision de l'aponévrose qui recouvre les muscles, on voit sortir une grande quantité de pus bien lié, assez liquide, de couleur verdâtre, semblable au pus des suppurations à staphylocoques, il ne dégage aucune odeur.

On constate que le grand droit gauche est perforé et que la collection est rétro-musculaire; elle n'est devenue anté-musculaire que secondairement, constituant un véritable phlegmon en bouton de chemise.

L'ouverture du grand droit est agrandie, ce qui nous permet d'arriver dans une poche assez vaste, que nous explorons du doigt.

Celle-ci s'engage derrière le muscle G. D. droit, mais s'arrête à sa limite externe, elle monte plus haut à gauche, s'étalant derrière le muscle dont elle semble dépasser notablement le bord externe. En bas elle s'enfonce entre les deux pubis complètement séparés et dont l'écartement permet à l'index de jouer librement entre les deux surfaces articulaires, elle descend ainsi jusque derrière le clitoris.

Le toucher plus attentif des parois nous fait sentir la dénudation de l'épine pubienne gauche, s'étendant jusqu'à l'angle du pubis.

On met deux drains dans la plaie et on applique un pansement humide avec bandage de corps moyennement serré.

Les lochies continuant à être fétides, on fait encore pendant deux jours des injections intra-utérines et des grands lavages vaginaux.

Le lendemain 18 mai, la température descend, elle n'est plus que de 37°,5 le matin et 36°,6 le soir, la douleur a complètement disparu, le mieux général est déjà sensible. Les cuisses et les jambes sont rapprochées et attachées avec des serviettes.

Pour empêcher tout mouvement du bassin au moment des toilettes et des garde-robes, on installe la malade sur le lit mécanique Herbert. Le diagnostic de rupture de la symphyse posé d'une façon évidente, on s'abstient de toute manœuvre exploratrice qui pourrait mettre en jeu la mobilité des pubis l'un sur l'autre.

Huit jours plus tard on enlève un des drains, la suppuration est devenue moins abondante, et la cavité tend à se combler, les pansements humides étant faits chaque jour, la température se maintient autour de 37°.

Le 29 mai, on retire le deuxième drain qui avait été raccourci à différentes reprises.

Le 11 juin, il n'existe plus qu'une plaie bien vivante avec un orifice de 2 centim. de long, la suppuration est en partie disparue, on permet à la malade le décubitus latéral.

Le 17, un kyste de la grosseur d'un pois fait hernie entre les lèvres de la plaie, sa paroi est mince, rougeâtre, il se rompt de lui-même et laisse écouler un peu de liquide couleur chocolat. Avec un stylet fin on explore la région, il

existe encore un petit clapier s'étendant de 4 centim. derrière le grand droit gauche.

Le 20, nous examinons de nouveau cette femme au point de vue général. Son squelette ne présente aucune trace de rachitisme, et son bassin nous donne les mesures suivantes :

|                                                            |            |
|------------------------------------------------------------|------------|
| Distance entre la face externe des grands trochanters..... | 29 centim. |
| — — les épines iliaques antéro-supérieures.....            | 22 —       |
| — — les points les plus éloignés des crêtes iliaques..     | 27,5 —     |

Diamètre promonto-sous-pubien impossible à déterminer, le promontoire n'étant pas accessible. La face cutanée de la symphyse n'est plus douloureuse, par le toucher vaginal nous ne réveillons aucune douleur par la pression de la face pelvienne, on n'y trouve qu'une saillie de quelques millimètres de largeur, formant un bourrelet reliant entre eux les deux pubis. En faisant fléchir alternativement l'une et l'autre cuisse sur le bassin, ce qui n'éveille aucune douleur, nous ne constatons aucun déplacement appréciable.

Examinée debout, elle peut se tenir sur un pied, faisant en même temps le toucher vaginal et la priant de faire porter le poids de son corps alternativement sur l'une et l'autre jambe, nous sentons quelques petits craquements et un léger mouvement de glissement suivant le grand axe des surfaces articulaires, les deux extrémités inférieures ne se maintiennent plus sur le même niveau, la différence est peu accentuée, quelques millimètres seulement.

RÉFLEXIONS. — Que devons-nous penser de cette observation ? C'est que, un mois avant son accouchement, cette femme a eu un érysipèle de la face, qui servit probablement de porte d'entrée aux micro-organismes. Ceux-ci se sont fixés au niveau de la symphyse qui se trouvait former un locus minoris resistentiæ soit à cause du relâchement que l'on constate assez marqué chez beaucoup de multipares, soit à cause de l'entorse que cette articulation paraît avoir subie lors de sa chute quelques mois auparavant.

Cette arthrite suppurée a distendu les ligaments, qui baignant dans le pus, ont une résistance diminuée ; aussi au moment de l'accouchement se sont-ils rompus, permettant la sortie rapide du fœtus en agrandissant le détroit supérieur. La guérison par le repos a suffi à consolider la symphyse, comme nous l'avait prédit M. le professeur Pinard.

OBSERVATION II (due à la bienveillance du professeur PINARD).

*Rétrécissement du bassin avec légère asymétrie. Applications de forceps. Disjonction de la symphyse. Pelvi-péritonite. Guérison.*

M<sup>lle</sup> B..., âgée de 22 ans, couturière, entre dans le service de M. Pinard, le 24 décembre 1883.

Cette femme a toujours été bien portante. Elle a marché de bonne heure (9 mois) et a toujours bien marché. Il y a un mois, à une première visite, on avait constaté les particularités suivantes : squelette légèrement touché par le rachitisme, surtout au niveau de la cage thoracique, sternum bombé dans sa partie médiane, en carène, chapelet chondro-sternal.

Du côté des membres inférieurs et de la colonne vertébrale on ne constate ni déformation ni courbure.

A ce moment, au palper abdominal, l'utérus remontait à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et renfermait un fœtus vivant en position transversale du sommet ; la tête, nullement engagée, était mobile au-dessus du détroit supérieur. Au toucher, on arrivait sur le col nullement effacé et on atteignait facilement le promontoire. Diamètre promonto-sous-pubien, 9 1/2.

Diamètre bi-ischiatique..... 8 centim.

— Cœcy-pubien..... 7 —

Le 24 décembre, la femme revient dans le service, se croyant à terme, les dernières règles ayant apparu le 6 mars.

Les premières douleurs se sont montrées à 3 heures du matin. On constate alors l'existence d'un fœtus vivant qui se présente par le sommet en O. I. G. T. Tête peu engagée, légèrement mobile. Le col est complètement effacé, l'orifice dilaté comme une pièce de 2 francs ; la poche des eaux est intacte et assez volumineuse. Bain dans la journée.

Le travail avance lentement, mais régulièrement. A 6 heures du soir, dilatation grande comme une pièce de 5 francs.

A minuit la situation est à peu près la même, la tête amorcée n'est pas engagée. L'état général est satisfaisant, l'enfant va bien.

Le 25, la dilatation étant complète à 8 heures du matin, on rompt la poche des eaux. A 10 heures, M. Pinard trouve que les bords de l'orifice sont un peu revenus sur eux-mêmes, mais ils sont souples et dilatables. L'auscultation et l'écoulement verdâtre de liquide amniotique indiquant que l'enfant commence à souffrir, une application de forceps est décidée. On donne du chloroforme à la femme, M. Pinard fait avec le forceps Tarnier une application oblique, la branche gauche la première, et exerce des tractions lentes et soutenues, mais pas très vigoureuses.

La tête commence à s'engager et à descendre ; après quelques instants on

entend une sorte de craquement sec qui fait croire qu'il s'est produit un enfoncement ou une fracture sur la tête du fœtus au moment où s'est effectué le mouvement de rotation, d'autant plus qu'à partir de ce moment le forceps, qui n'a nullement dérapé, amène facilement la tête à la vulve.

Au moment où la tête se dégage, on voit apparaître une anse du cordon qui, saisie et ramenée par le forceps, se trouve entre la tête et la face fœtale de la branche droite, occasionnant un certain degré de compression.

Le fœtus, du poids de 4,000 gr., est dégagé facilement et assez vite ranimé. Nulle part il ne présente trace d'enfoncement ni de fracture. Délivrance naturelle et un peu longue à se faire à 11 heures et demie.

En touchant la femme pour se rendre compte de la cause du craquement, on trouve à la face interne de la symphyse pubienne un écartement, une disjonction des surfaces articulaires. Cet écartement permet l'introduction de l'extrémité digitale.

Par l'exploration externe, on constate également cet écartement qui ne paraît pas tout à fait sur la ligne médiane, tout le cartilage inter-articulaire paraissant adhérent à la surface du pubis du côté droit. Cette disjonction fait penser qu'on se trouve en face d'un bassin asymétrique probablement oblique ovalaire.

La toilette faite, on rapproche les deux bords de la symphyse avec deux cousins de ouate latéraux soutenus par un bandage de corps.

La tête de l'enfant, très ossifiée et très résistante, présente les diamètres suivants :

|            |      |
|------------|------|
| O.F.....   | 12   |
| O.M.....   | 14   |
| B.P.....   | 9,5  |
| B.T.....   | 8,5  |
| S.O.B..... | 10,5 |

Les suites de couches sont normales pendant les premiers jours. Mais le 29 décembre au matin, la malade se plaint d'avoir eu de violentes douleurs dans le ventre, douleurs qui ont empêché tout sommeil. Le matin les douleurs persistent, surtout marquées au niveau des ligaments larges, exagérées par la pression. Mictions également douloureuses. Anorexie complète. Langue chargée, pas trop sèche. Nausées. T. M. 38°,2; S. 39°,2.

Traitement : cataplasmes laudanisés, sulfate de quinine.

Le 30 décembre, les douleurs sont un peu moins vives, l'état général est le même, vomissements pendant la nuit. T. M. 38°,4; S. 38°,5.

Traitement : Frictions avec onguent mercuriel, eau de seltz, sulfate de quinine.

Le 31, même état général et même traitement. T. M. 38°,3; S. 39°,2.

Pommade mercurielle belladonnée. Extrait thébaïque, 0,05. Sulfate de quinine, 0,50.

Le 2 janvier. T. 37°,9; S. 39°,3.

Le 3, l'état général est à peu près le même, mais le ventre est plus souple, la langue humide et moins sale. T. M. 38°,9; S. 39°.

Le 4, érythème généralisé, constaté déjà la veille. État général plus satisfaisant, mais diarrhée encore très marquée. T. M. 39°,5 ; S. 39°,9.

Traitement : Extrait thébaïque 0,05, sulfate de quinine 0,50. Diascordium et bismuth 4 gr.

L'érythème hydrargyrique est moins accentué, mais il est plus étendu et a gagné les membres supérieurs. Diarrhée persistante. T. M. 37°,8 ; S. 39°,3.

Même traitement, plus dix gouttes de laudanum avant le repas.

Le 6, amélioration très marquée, le ventre est souple et indolore, le pouls est à 74, la température est de 37°,8 le matin, et 39° le soir.

Suppression des cataplasmes, on met de la poudre d'amidon et de la ouate. La diarrhée est moins abondante.

Les jours suivants, l'amélioration s'accuse, la diarrhée se supprime et la température revient à la normale. On supprime tout traitement. Repos au lit.

Le 12, la malade accuse pour la première fois, à la base de la grande lèvre gauche, une douleur assez vive. Cette douleur qu'exagère la pression est produite par une induration existant à ce niveau et due sans doute à un thrombus. Elle empêche la malade de se mettre sur le côté. A part cela, l'état général est satisfaisant.

Les jours suivants, les forces reviennent peu à peu, la constipation est combattue par un lavement à la glycérine. L'induration de la grande lèvre a vite diminué et est disparue.

Le 14 février, la malade se lève pour la première fois, la marche est assez facile, mais le doigt constate au niveau de la symphyse pubienne un léger degré de chevauchement à chaque pas fait par la femme.

Les jours suivants, la marche devient de plus en plus facile, et le 29 février la femme est envoyée en convalescence à l'asile du Vésinet.

Dans une leçon faite en 1892 sur la symphyséotomie, M. le professeur Pinard, faisant allusion à cette femme, nous apprend que, devenue enceinte une seconde fois, elle accoucha à terme et spontanément.

#### OBSERVATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Après avoir donné nos deux observations inédites, nous diviserons celles que nous avons recueillies dans les revues françaises et étrangères, en différentes catégories basées sur l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie et le pronostic.

Dans un premier chapitre seront classées les ruptures survenant dans les accouchements spontanés.

Dans le second nous ferons entrer les ruptures se produisant au cours d'une traction manuelle ou instrumentale.

Certains cas ont été difficiles à classer soit parce que les observations manquaient de détails, soit au contraire parce que les causes de la rupture étaient multiples et ne nous permettaient pas d'assigner la première place à l'une plus qu'à l'autre.

Nous avons fait suivre chacun de nos chapitres d'observations très résumées dont nous n'avons pu nous procurer le texte original. Qu'on veuille bien nous excuser d'avoir été incomplet malgré nous.

Nous terminerons par la statistique des cas que nous rapportons.

## I. — Ruptures de faiblesse.

### 1<sup>o</sup> ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS

#### a) *Cas suivis de guérison.*

OBS. 3. — Cas du Pr GRENSER (*Monatsschrift für Gebürk.*, 1863).

Rupture se produisant à la suite de deux couches chez une jeune paysanne très robuste dont la grossesse s'est écoulée sans accidents. La tête s'arrête au détroit supérieur; efforts considérables de la parturiente, et la descente s'opère au prix d'un écartement des symphyses. Pas de craquement, mais douleur fort vive et localisée à ce niveau. Immobilité absolue des membres inférieurs; ténésme vésical très intense, rétention d'urine. Ceinture, émollients, sangues, guérison en trois semaines.

OBS. 4. — BONTECOU (*New-York med. Journal*, avril 1878).

Primipare, 24 ans, très grosse; elle avait souffert depuis quelque temps de douleurs semblables à celles de l'accouchement. Bonne santé générale.

Présentation O.I.G.; accouchement normal quoiqu'un peu fatiguée par suite de la faiblesse des contractions utérines et abdominales; durée du travail, 6 heures. Liquide amniotique abondant, enfant d'environ 8 livres, tête bien proportionnée, ossification pas trop avancée. Le placenta fut bientôt expulsé. Pansement.

Les jours suivants, elle se plaignit de douleurs au niveau du pubis et d'une difficulté pour tourner et mouvoir ses jambes, sans craquements au niveau des parties douloureuses. Mon attention étant éveillée, je trouvai à l'examen une mobilité très nette des os pubiens au niveau de la symphyse quand les jambes se mouvaient séparément, même quand le mouvement était très faible, sans chevauchement des os. On ne percevait pas de craquements. Écartement du pubis, un demi-pouce.

Les genoux furent liés, un appareil plâtré appliqué resta en place six semaines ; la malade, au bout de 4 semaines, marchait, soutenue par des aides et ne pouvait s'en passer. Les suites furent bonnes. Le bandage plâtré m'a paru remplacer très avantageusement le bandage ordinaire et fut très bien supporté.

OBS. 5. — BONTECOU (*New-York med. Journal*, avril 1878).

Femme de 30 ans, de taille moyenne, sans maladies héréditaires ou acquises antérieures, a eu sept enfants, le dernier accouchement datant de 1874. Elle vient me consulter en juin 1877, son enfant est en O.I.G., le travail marche rapidement ; au bout de 4 heures, elle met au monde un enfant bien constitué de 8 livres. Le placenta fut rapidement expulsé. Le lendemain, la patiente se plaignait de douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen, surtout en voulant se retourner dans son lit.

La palpation ne nous révélait que l'utérus fortement rétracté ; je pensai alors à l'existence de douleurs utérines dues à l'ingestion d'une forte dose d'ergotine. Les jours suivants elle se plaignait toujours de douleurs et de plus d'une sensation de craquement à l'occasion des mouvements des membres inférieurs. Son mari affirmait avoir perçu un bruit semblable à celui d'un os se fracturant. Pensant à une rupture de la symphyse pubienne, je plaçai mon doigt sous l'arcade, et je ne perçus rien d'anormal même en explorant profondément. A l'occasion d'un mouvement d'extension d'une cuisse, il y eut un chevauchement de deux os pubiens, accompagné de craquements ; les parties reprirent leur place quand la cuisse reprit sa position première.

La flexion et l'extension de la jambe du côté opposé donnèrent les mêmes résultats. Pas de ramollissement ni de tuméfaction autour de la symphyse. Quand les deux membres étaient étendus et fléchis simultanément, il n'y avait pas de déplacement des os. Je plaçai immédiatement un appareil plâtré formant bandage étendu du grand trochanter aux fausses côtes, très serré autour du pelvis et lâche au niveau de l'abdomen. Le long du bord inférieur de l'abdomen, je mis un bourrelet de flanelle pour éviter les coupures, et les poils furent rasés au niveau du pubis. Cet appareil procura aussitôt un soulagement notable et une sensation de bien-être ; les genoux étant accolés, la malade pouvait faire des mouvements de flexion et d'extension, changer de position sans produire de nouvelle luxation.

La malade resta deux semaines au lit, puis fut mise de temps en temps dans un fauteuil ; enfin quatre semaines après l'accident elle marchait dans sa chambre et put vaquer à ses occupations domestiques. Dans la suite, elle ne ressentit aucune faiblesse ni aucune douleur dans les parties malades.

J'avais assisté cette dame dans ses accouchements antérieurs, qui s'étaient toujours passés sans aucun accident.

OBS. 6. — FRAÏSSE. (Thèse, 1882).

Eugénie M..., a aujourd'hui 26 ans, elle a toujours été maigre et d'une assez faible constitution.

Première grossesse à 21 ans, pendant laquelle les symphyses pelviennes furent extraordinairement relâchées, surtout vers la fin, de manière à empêcher la marche et surtout toute ascension d'escaliers.

L'accouchement fut pénible et les symphyses furent longtemps à se remettre.

A partir de cette époque, la malade, se trouvant dans de déplorables conditions d'existence, maigrit et s'affaiblit beaucoup. Son état général devient mauvais ; des douleurs rhumatismales apparaissent.

Deuxième grossesse à 24 ans. Elle est encore plus pénible que l'autre, les douleurs rhumatismales redoublent, surtout dans les jambes. Les symphyses se relâchent à nouveau, et, sous ces influences multiples la marche devient absolument impossible pendant les six derniers mois.

Elle accouche, le 20 juillet 1881, d'un enfant très gros pesant près de 10 livres, dont la tête est énorme et présente un degré d'ossification très avancée. L'accouchement est extrêmement long et pénible ; il ne se termine qu'au prix des plus violents efforts et de déchirures multiples.

Quelques jours après la délivrance, la malade veut essayer de se mettre sur son séant, mais elle ne peut y réussir, de même pour remuer les jambes. Elle continue donc à garder une immobilité complète.

Il y a de la rétention d'urine, et comme les parties génitales sont extrêmement gonflées et douloureuses, on renonce à en pratiquer l'examen. On attribua cet état de choses aux contusions et meurtrissures des organes pelviens pendant l'accouchement et on porta le diagnostic de pelvi-mérite et paraplégie réflexe.

La malade est affaissée et ne présente pas une grande réaction inflammatoire, les douleurs ne sont pas très vives, si ce n'est au moment des pansements. Dans cet état, on abandonne la guérison à la nature, l'attention n'étant du reste provoquée par aucun symptôme alarmant.

Deux mois après, la malade se trouvant mieux et ne présentant pas la moindre fièvre, veut essayer de se lever et de faire quelque pas. Mais cela lui est impossible, elle ne peut même appuyer les pieds par terre, il lui semble d'après son dire que tout se défait dans le ventre, à la ceinture. De plus à ce moment, elle ressent une douleur intense en avant au niveau de la symphyse et en arrière de chaque côté du sacrum.

On examine alors très attentivement la malade, ce qu'on n'avait pas eu l'occasion de faire jusqu'alors. Les articulations des membres inférieurs jouent très bien, même celles des hanches ; le mal est donc ailleurs.

Effectivement, en prenant les hanches à pleines mains on imprime des mouvements insolites aux os qui constituent le bassin ; le siège de cette mobilité est au niveau de la symphyse pubienne et des symphyses postérieures, ce dont on s'assure très bien avec les doigts. On peut même jusqu'à un certain point faire jouer le sacrum entre les deux os iliaques.

Quant à la symphyse pubienne, on trouve dans la partie droite de l'articulation un intervalle dépressible dans lequel on peut mettre un doigt ; l'enfant du reste se présentait en O.I.D.A.

A ces trois niveaux, la malade ressent une vive douleur quand on les examine. Cette sensibilité douloureuse au toucher a duré longtemps ; elle existe encore, aujourd'hui, bien que très atténuée.

On répète plusieurs fois l'examen toujours avec les mêmes résultats, on avait donc affaire à une rupture des symphyses pelviennes. Jusqu'à ce jour, l'absence de symptômes réactionnels, l'état d'affaissement du sujet avait empêché de diagnostiquer la lésion et même de la localiser ; on n'avait pas songé à examiner les symphyses.

En conséquence, on applique une large ceinture autour du bassin (fin septembre) ; mais la malade, qui ne paraît pas avoir intérêt à guérir vite, refuse de la garder, sous prétexte qu'avec cet appareil elle ne peut garder le décubitus dorsal et reposer dans son lit.

On est réduit à laisser simplement la malade au lit, lui recommandant l'immobilité la plus absolue, et on la soumet à un régime tonique et reconstituant (potion de Todd, fer, quinquina, phosphate de chaux). Plus tard on emploie les bains sulfureux.

Dans ces conditions, l'état de la malade se modifie avantageusement, mais la lésion locale ne s'améliore guère. Durant plusieurs mois on sent avec le doigt la disjonction des symphyses postérieures ainsi que l'intervalle inter-pubien. On peut même dans une certaine mesure imprimer certains déplacements aux pubis vis-à-vis l'un de l'autre.

Aujourd'hui les os paraissent resoudés ; l'espace interosseux semble au doigt bien rempli, hypertrophié même. Seulement les deux pubis, bien que définitivement fixés, ont subi un écartement considérable ; la distance entre les deux épines pubiennes est de 9 centim. et demi.

En examinant attentivement le bassin, on ne trouve rien, si ce n'est que les os qui le constituent sont un peu grêles ; pas de rachitisme, pas d'ostéomalacie, La gracilité du squelette pelvien répond bien à l'état général et à l'aspect du sujet.

Aujourd'hui, c'est-à-dire un an après l'accouchement, bien que la consolidation des jointures fasse tous les jours des progrès, non seulement la malade ne marche pas encore, mais elle est toujours impotente de ses membres inférieurs, Les bains sulfureux lui font le plus grand bien, et tout fait espérer un rétablissement à peu près complet, sans qu'on puisse en préciser l'époque.

Chez cette femme, on peut invoquer trois ordres de causes dans la production de ces ruptures : tout d'abord la disproportion entre les parties maternelles et la tête fœtale, qui offraient une ossification précoce ; en second lieu, le relâchement extraordinaire des symphyses pendant la grossesse, et peut-être en troisième lieu l'élément rhumatismal dont la fâcheuse action s'était fait sentir jusque dans les jointures pubienne et sacro-iliaques.

Enfin, particularité curieuse : cette femme raconte que sa mère a eu cinq

couches qui toutes ont nécessité l'embryotomie, les fœtus étaient trop volumineux. Elle-même, dernier enfant, n'a vu le jour qu'à la faveur d'un accouchement prématuré, elle est née à sept mois et demi. Peut-être faut-il voir là autre chose qu'une coïncidence et rechercher quelque rapport de cause à effet.

OBS. 7. — BETZ. *Rupture de la symphyse par intervention manuelle.*  
(*Memorable Heilbr.*, t. XXXIII, 1888-1889).

IIIpare.

Au septième mois de la grossesse, chute d'une hauteur de cinq marches sans grande lésion immédiate apparente.

Le travail commença à terme le 17 janvier 1887, au soir. Le lendemain à midi, la sage-femme rompit les membranes. Sans grandes douleurs, la tête apparut à la vulve et fut en partie expulsée.

La parturiente était placée dans le décubitus latéral.

Tandis qu'une voisine appuyait fortement sur le périnée et par son intermédiaire sur la tête, la sage-femme faisait des tentatives de traction sur cette tête qui lui échappait fréquemment.

Issue de la tête après un violent effort; au même moment, la malade perçut une sensation de craquement et une violente douleur dans la symphyse.

Suites de couches normales. La malade se lève le quatorzième jour.

La marche est rendue très pénible par des douleurs dans le membre inférieur droit, le sacrum et la symphyse; toutefois elle est possible avec l'aide de deux cannes.

Noël, 1887. Exacerbation des souffrances.

12 avril 1888 (quinze mois après l'accouchement). La marche est presque impossible sans soutien. La malade ne peut lever la jambe droite.

La disjonction de la symphyse est guérie. L'os iliaque droit fait une saillie anormale en arrière du côté de l'articulation sacro-iliaque.

Bassin normal quant à ses diamètres.

Le repos et le port d'une ceinture pelvienne ne donnent pas d'amélioration notable.

Betz explique ces lésions de la façon suivante : La tête fœtale poussée et tirée contre les branches descendantes des pubis tendait à les écarter à la façon d'un coin.

La chute de la malade pendant sa grossesse aurait agi comme cause prédisposante en relâchant les symphyse sacro-iliaques et pubienne.

b) *Cas suivis de mort.*

OBS. 8. — ANSIAUX, 1815 (*Dict. des sciences médicales*, t. LIV, p. 29, art. de Murat, 1821).

Catherine R... avait joui de la meilleure santé pendant toute sa jeunesse; elle

était bien conformée et jouissait d'un certain embonpoint; mariée à 15 ans, elle eut deux filles dont elle accoucha naturellement et même avec la plus grande facilité. Peu de temps après son deuxième accouchement, elle alla habiter une maison humide et mal aérée. Réduite à une extrême misère, elle ne fit plus usage que d'aliments grossiers et malsains; bientôt elle éprouva des douleurs rhumatismales qui augmentèrent de jour en jour et rendirent les mouvements pénibles. Au bout d'un an, elle fut complètement perclue. Dans cet état, elle devint enceinte pour la troisième fois et accoucha avec facilité. La maigreur devint bientôt excessive et les os se ramollirent à un tel point que, pendant sa quatrième grossesse, cette malheureuse femme était dans le rachitisme le plus complet. C'est dans cet état qu'elle fut apportée à l'hospice de la Maternité; elle était dans le marasme. Les membres et la colonne vertébrale étaient fortement contournés et les os du bassin parurent tellement difformes que l'on crut que cette malheureuse ne pourrait accoucher qu'au moyen d'opérations très graves. Le 20 août 1815, elle ressentit les douleurs de l'enfantement: le travail fut long; la tête ne paraissait pas disposée à descendre dans l'excavation pelvienne lorsqu'elle y fut apportée tout à coup; trois heures après, Catherine R... succomba.

A l'ouverture de son cadavre, on trouva la symphyse du pubis rompue; quelques fibres ligamenteuses antérieures avaient seules résisté en s'allongeant beaucoup.

OBS. 9. — GALVAGNI. *Riv. clin.*, 1868. (In *Schmidt's Jahrbücher*, 1869).

Xpare de 32 ans.

Au cours de toutes ses grossesses, vers la fin surtout, cette femme aurait éprouvé des craquements dans la partie postéro droite du bassin. Elle se remettait complètement pendant les suites de couches.

Accouchement spontané.

Le 2<sup>e</sup> jour des couches, en remontant dans son lit, elle éprouva une vive douleur dans la symphyse avec sensation de déchirure.

Il se forma un abcès dans la symphyse qui ne fut pas incisé.

Mort le 41<sup>e</sup> jour.

AUTOPSIE. — On vérifie l'écartement des symphyses; elles sont abcédées et la collection s'étend jusque derrière le rectum, en bas jusqu'à la cuisse. L'abcès aurait même fusé le long des vaisseaux jusqu'au cou de pied (?) Fémur et tibia en partie dépouillés de leur périoste.

2° ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS. — RUPTURES SUIVIES D'ABCÈS

a) *Guérison.*

OBS. 10. — THRUSTON (*Med. News.*, 21 février 1885).

Secondipare de 40 ans, pléthorique, pesant 150 livres, accouche après 11 heures de travail, est délivrée trente minutes après (5 décembre).

Trois jours plus tard, elle accuse de la douleur dans le bas-ventre, pouls 86. Température 99°,5 F. On constate une mobilité anormale des deux os de la symphyse.

Le 9, tuméfaction et douleur de la région pubienne. T. 101°. P. 100. Rétention d'urine.

A partir de cette époque, signes bien caractérisés d'un phlegmon circonscrit occupant la moitié gauche antérieure du petit bassin, avec fusion entre le col de la vessie et l'utérus. État général grave. P. 120.

Le 19 janvier, on pratique une ouverture de l'abcès au niveau de la vulve au point le plus fluctuant.

Le 7 février, la symphyse est solidement réunie et on enlève le bandage cinq semaines plus tard.

A son premier accouchement, cette femme avait eu une rupture de la symphyse non suivie d'abcès, ayant nécessité un séjour de six semaines au lit.

b) *Cas suivis de mort.*

OBS. 11. — TROUSSEAU (*Union médicale*, 1865, t. I, p. 582).

En octobre 1862, entrant dans notre salle Saint-Bernard, n° 30, une femme qui était accouchée depuis quatre semaines. Cinq jours après son accouchement, elle avait ressenti une douleur tellement vive dans la hanche droite qu'elle ne put se lever. Quelques jours plus tard, elle était prise de frissons et de fièvre, et depuis trois semaines, la fièvre ne l'avait point abandonnée. La douleur avait envahi la région fessière du côté droit et la symphyse pubienne.

La première de ces régions était douloureuse, et, bien que la malade ne présentât point les symptômes de l'infection purulente, je n'hésite pas à dire que très probablement les symphyses sacro-iliaques et pubienne étaient le siège d'un travail inflammatoire qui nous expliquait la continuité de la fièvre, et dans la fréquence des frissons, je trouvai l'indice d'une suppuration des articulations affaiblies. Les deux fesses deviennent bientôt œdémateuses, la fluctuation profonde y fut manifeste, je plongeai un bistouri dans la direction des symphyses sacro-iliaques droite et gauche. Il s'écoula une grande quantité de pus, l'ouver-

ture fut maintenue béante par une mèche de charpie. Notre pronostic avait été d'une grande gravité. La fièvre continua et la malade succombait quelques jours après l'ouverture des abcès.

L'AUTOPSIE permit de constater que les symphyses sacro-iliaques étaient dépouillées de leurs cartilages, l'ostéite avait envahi la plus grande partie des surfaces articulaires. La symphyse pubienne contenait aussi du pus, mais en petite quantité, et le cartilage était seulement éraillé par place. L'utérus et ses annexes ne présentaient aucune altération. Il n'y avait point d'abcès métastatiques dans les poumons, le foie, ni aucun autre organe. Dans la fosse iliaque droite seulement, au-dessous du muscle, existait un foyer purulent qui communiquait avec l'articulation correspondante.

OBS. 12. — GLENN (*The Lancet*, 7 octobre 1893).

Jeune femme de 23 ans, mère de 3 enfants.

Admise à Rotunda-Hospital (Dublin), le 28 juin 1893, elle a une température de 100°,6 (F). En travail depuis six heures et demie, elle accouche d'une fille pesant 9 livres 1/4 et mesurant 22 onces. Délivrance par expression. Le lendemain elle se plaint d'une gêne dans les mouvements des cuisses et d'une douleur au niveau du mont de Vénus. Les mouvements de flexion du corps ou de déplacement des membres inférieurs sont douloureux.

On dut recourir au cathétérisme, il n'existait pas de lésions du vagin, sauf une petite ecchymose au milieu du vestibule. Le soir de la délivrance, la température fut de 100°,2 (F), avec pouls correspondant.

Six jours après elle monta à 104° avec 140 pulsations.

Les douleurs s'accrurent, la suppuration apparut et la malade mourut le 14 juillet.

AUTOPSIE. — Rupture de la symphyse avec suppuration abondante entre les disques cartilagineux, d'apparence tuberculeuse. Il n'y avait ni phlébite utérine, ni phlegmon, ni lésion minime de l'urèthre.

3° ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS. — RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN.

*Guérison.*

OBS. 13. — MEISSNER (*Casper's Wochenschrift f. d. ges. Heilk.*, octobre 1833, nos 42 et 43).

Primipare, 28 ans.

Bassin généralement rétréci.

Douleurs extrêmement violentes pendant l'engagement de la tête dans le détroit supérieur. La femme délirait, se roulait sur son lit.

Subitement, pendant une douleur et en même temps qu'elle faisait des mouvements désordonnés, elle pousse un cri violent et les assistants perçurent une crépitation. On constata une déhiscence de la symphyse, de la largeur d'un pouce.

La symphyse était sans doute malade auparavant, car, en interrogeant la femme, on apprit que depuis les derniers temps de sa grossesse, elle ne pouvait plus marcher.

L'accouchement fut terminé par une application de forceps ; l'enfant était mort.

Par la pression de la tête sur les pubis disjoints, il s'était produit une déchirure longue de deux pouces à la paroi vaginale antérieure. L'on y introduisait le doigt, il pénétrait dans la symphyse dont les deux surfaces disjointes étaient rugueuses.

Après la délivrance, application d'une courroie capitonnée autour des hanches et par-dessus la symphyse.

Pendant les premiers jours, état général parfait : par la déchirure vaginale s'écoule un peu de liquide sanguinolent.

Le 3<sup>e</sup> jour, montée du lait avec fièvre violente, tuméfaction et chaleur à la région pubienne.

Le 11<sup>e</sup> jour, écoulement vaginal purulent ; douleurs violentes dans la cuisse droite et impotence complète de ce membre.

L'état reste stationnaire pendant deux semaines ; il se forme un abcès dans la grande lèvre droite. Incision.

A partir de ce moment, guérison rapide ; la symphyse se consolide, et 9 semaines après l'accouchement, la malade marchait parfaitement.

8 mois après elle redevint enceinte ; il s'était formé en arrière de la symphyse une prolifération exubérante qui rétrécissait le bassin, si bien qu'on pensait être obligé de provoquer l'accouchement avant le terme, ou de faire une opération césarienne à terme.

Mais sur ces entrefaites la malade fit une fausse couche.

#### 4<sup>e</sup> ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS. — RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN. — ABCÈS.

##### a) *Cas suivi de guérison.*

OBS. 14. — HARTWIG (*Med. News Philadelphie*, 1893).

« *Le News* du 15 juillet contient un cas de rupture spontanée de la symphyse pubienne pendant l'application du forceps. J'ai déjà vu le même phénomène se produire sans qu'il soit fait usage de cet instrument. L'hiver dernier j'étais appelé auprès d'une femme robuste deux ou trois semaines après l'accouchement, elle présentait un gonflement au niveau de la région pubienne. On n'avait pas fait usage de forceps, bien qu'elle déclarât avoir été « déchirée en

deux ». Évidemment le médecin qui l'assistait avait ses doigts dans le vagin quand la rupture se produisit. J'incisais l'abcès et introduisis mon doigt entre les deux extrémités séparées de la symphyse. Le cartilage me parut détruit. Quelques jours de drainage et un bandage autour des hanches suffirent à amener la guérison. Six semaines plus tard la femme était debout et marchait. D'où est venue l'infection ? le pelvis de cette femme était quelque peu étroit autant que je puis me le rappeler. Dans deux accouchements antérieurs pour lesquels je l'avais assistée, les fœtus ne furent expulsés qu'après d'épouvantables douleurs, et dans un cas je fus obligé d'appliquer le forceps. »

b) *Cas suivi de mort.*

OB. 15. — KÖSTLIN (*Diss. inaug. Tübingen, 1880*).

F. F..., VIII pare de 36 ans. Bassin rétréci. Diamètre promonto pubien 9<sup>cm</sup>7. Accouchement spontané, après un travail de 20 heures, d'un enfant pesant 3,770 gr. et mesurant 53 centim.

Après l'accouchement, endométrite puis bronchite et noyau de pneumonie à la base du poumon droit. Bientôt apparaissent des douleurs dans la région de la symphyse ; les mouvements des membres inférieurs sont très pénibles ; la malade ne peut ni se tourner ni s'asseoir dans son lit. L'exploration par la face postérieure de la symphyse n'y décèle rien d'anormal en dehors d'une douleur nettement localisée à ce niveau.

Après une rechute de pneumonie, la fièvre tomba finalement le 26<sup>e</sup> jour à la normale ; les mouvements des membres inférieurs étaient redevenus peu à peu plus faciles ; la douleur au niveau de la symphyse a disparu.

Le 32<sup>e</sup> jour, léger œdème du pied gauche.

Quelques jours plus tard, la température étant remontée un peu, apparition en arrière de l'ischion droit d'un empâtement rouge et douloureux. Peu après s'ouvrit spontanément à cet endroit une collection purulente fétide. Mais la température continue à monter, atteint 40°,5. Toute la fesse droite s'empâte et devient douloureuse. Très rapidement, au-dessus de la pointe du sacrum se collecte un abcès du volume d'une pomme. On y pratique une large incision qui donne encore issue à du pus fétide sanguinolent. L'os n'est dénudé nulle part ; on passe un drain de la fistule primitive à l'incision actuelle. Mort le 46<sup>e</sup> jour.

AUTOPSIE.— A la face postérieure de la symphyse, un abcès du volume d'une pomme contenant du pus fétide de couleur jaunâtre. La branche horizontale du pubis gauche baignait dans ce pus, la symphyse béante admettait facilement un doigt.

Vagin, vessie intacts.

Les abcès incisés avant la mort n'étaient pas encore guéris.

Uterus sain ayant subi son involution normale ; pas de lésions vaginale ni vésicale, pas de pelvipéritonite.

Rien d'anormal au cerveau, au poumon et au cœur.

Foie gros, mou, ischémique. Rate molle également, augmentée du double de son volume.

## 5<sup>e</sup> RUPTURES DE LA SYMPHYSE LES JOURS QUI SUIVENT L'ACCOUCHEMENT

OBS. 16. — NICHOLSON (*Meissner's Forschungen f. d. Geburtshülfe*, 1826-32, t. IV, p. 229).

Une femme de 23 ans accouchée normalement depuis trois jours, voulant se promener dans sa chambre, tomba sans connaissance, puis revenue à elle ne put se relever. Le lendemain, frissons, fièvre, douleur de la région pubienne. Les pubis sont mobiles l'un sur l'autre, en même temps on perçoit un bruit de crépitation. Douleur également au niveau du sacrum. Bandage pelvien, repos absolu, guérison complète.

OBS. 17. — MANGIAGALLI (*Annali di ostetricia e ginecologia*, 1885).

VII<sup>e</sup>ipare, 36 ans, a souffert de fièvre malarienne dans l'avant-dernière grossesse, la cinquième et la septième grossesse furent doubles, les accouchements furent spontanés, à terme, et faciles.

Au cours de la 7<sup>e</sup> grossesse la femme fut ensevelie sous les débris de sa maison, détruite par un cyclone, on lui trouve des contusions à la tête, à l'épaule gauche et à la main droite. La grossesse n'en fut pas troublée, elle marchait sans douleur et elle fut prise de douleurs six mois plus tard à terme. Cinq heures après elle donnait le jour à un enfant se présentant par le sommet.

La sage-femme croyant à la présence d'un autre fœtus laisse la parturiente dans la position obstétricale. Quelques heures après, déjà dans son espérance d'un prompt accouchement, elle recommande à la femme le repos au lit. Mais comme il s'était écoulé un temps assez long depuis l'accouchement du premier et qu'aucune contraction ne se produisait, malgré l'ingestion d'une forte dose d'ergot de seigle, les membranes du second sac étant intactes, elle permet à la femme de vaquer à ses occupations domestiques jusqu'à ce que se manifestent les contractions utérines, qui se réveillent deux jours après avec beaucoup d'intensité à de très courts intervalles, à tel point que la sage-femme étant arrivée une heure après, et l'accouchement paraissant imminent, met la femme sur le bord du lit. Voici ce qui paraît d'après les dernières versions recueillies ; ou la sage-femme dans sa hâte pour pouvoir mettre la femme en position, imprime aux cuisses un mouvement de forte et rapide abduction ; ou qu'elle le fit exprès, comme font quelques sages-femmes barbares pour retarder l'accouchement, le fait est que la tête se tourna entre le détroit et l'orifice vulvaire et dans ce même moment on entendit un craquement, avec douleur très forte, le femme s'écriant : « Vous m'avez coupée en deux ». Le placenta fut subitement expulsé,

suivi d'hémorrhagies abondantes. Pendant 20 jours elle ne put se mouvoir, elle essaya aussi de se lever mais à grand'peine et en s'appuyant sur les meubles.

Ce fut quarante-trois jours après l'accouchement qu'elle fut transportée à l'hôpital. La marche étant impossible, toute tentative pour porter en abduction les membres inférieurs, toute pression sur les ailes iliaques, tout effort tendant à éloigner les iléons produisait de très vives douleurs. A la région pubienne le pubis gauche était placé sur le droit, cette superposition était moins forte en haut qu'en bas. En outre les deux pubis n'étaient plus au même niveau, mais le pubis gauche était plus bas de quelques millimètres, il y avait donc deux ascensions, une sur le corps du pubis sur sa face antérieure, l'autre sur le bord inférieur. En aucun point de la ceinture pelvienne on ne trouvait de cals osseux, aucun trouble de la miction.

Le doigt introduit dans le vagin sentait la différence de niveau des pubis, et produisait de la douleur en pressant en ce point, même douleur au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche.

Promontoire inaccessible.

La réduction fut faite sous le sommeil chloroformique ; un appareil plâtré fut appliqué après avoir constaté qu'à la partie supérieure les deux facettes pubiennes se touchaient, tandis qu'en bas le pubis gauche faisait saillie sur la face antérieure du pubis droit, la différence de niveau dans le sens vertical se maintenait.

L'appareil plâtré ne fut pas toléré ; enlevé, il fut remplacé par un bandage qui permit à la femme de se lever quelques jours après.

Un mois après, la femme accoucha heureusement pour la 8<sup>e</sup> fois, sans aucun accident du bassin.

OBS. 18. — MARSCHNER (*Compte rendu de la Société gynécologique de Dresde*, 13 avril 1893).

Observation résumée.

Primipare, application de forceps au détroit inférieur pour inertie. Au moment où la tête apparaissait à la vulve, la malade se réveilla et fit un brusque soubresaut. Rupture de la symphyse et de toutes les parties molles, la peau y compris. Rupture simultanée d'une symphyse sacro-iliaque.

Suture osseuse et suture des parties molles.

Guérison complète, mais avec persistance prolongée de névralgies dans le domaine du sciatique gauche.

Marschner considère la rupture comme causée non par le forceps, ni par le soubresaut de la parturiente, mais par une ostéomalacie au début. Cette femme présentait en effet un mauvais état général et plusieurs autres symptômes plaidant en faveur de l'ostéomalacie.

Une 2<sup>e</sup> grossesse chez cette femme se termina favorablement par un accouchement provoqué avant terme.

6° OBSERVATIONS RÉSUMÉES NE POUVANT ÊTRE CLASSÉES PAR ABSENCE  
DE DÉTAILS

a) *Cas suivis de guérison.*

OBS. 19. — DENMANN (*Introduction à la pratique des accouchements*. Traduit de l'anglais, 1802, t. I, p. 25).

Primipare. Accouchement spontané, craquement perçu par l'accoucheur. Douleur au niveau du pubis, impotence des membres inférieurs.

Quand la malade voulait se tenir debout, elle le pouvait mieux sur un pied que sur deux et mieux les pieds serrés qu'écartés; assise dans un fauteuil, les douleurs étaient tolérables lorsqu'elle s'appuyait fortement sur les bras. Cette position devenant fatigante, elle appuyait ses coudes sur ses genoux. Quand elle marcha pour la première fois, elle ne pût le faire qu'en appuyant ses mains sur ses genoux.

Guérison complète en 5 mois « à la suite d'un écoulement qu'elle crut être ses règles ».

Plus tard, elle eut encore 3 enfants sans accidents.

OBS. 20. — GIRAUD (*Journal de médecine continué. Fructidor an XI*. In *Dictionn. des Sciences médicales*, vol. 54, p. 30).

En l'an VIII, M. Giraud, alors suppléant du chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, fut appelé pour voir une femme chez laquelle les os pubis s'étaient subitement écartés lors de l'extraction d'un enfant. Un dépôt se forma à la région de la symphyse sacro-iliaque droite; il fut ouvert et le stylet porté au fond du foyer permit de distinguer clairement l'écartement qui existait entre l'os sacrum et l'os innominé.

La femme guérit et est accouchée depuis très heureusement.

OBS. 21. — MOREAU (*Meissner's Forschungen d. Geburtshülfe*, 1826-32, t. IV, p. 229.)

L'auteur a observé chez une femme en travail qui faisait des mouvements désordonnés, une déchirure spontanée de la symphyse pubienne.

Pendant la descente de la tête, la paroi vaginale antérieure fortement tendue sur les bords tranchants du pubis, se déchira. Malgré cette double lésion, guérison.

8 mois après elle redevint enceinte, mais avorta au 3<sup>e</sup> mois.

OBS. 22. — GALVAGNI (*Riv. clin.*, 1868. In *Schmidt's Jahrbücher*, 1869).

Secondipare. Pendant la 2<sup>e</sup> moitié de sa grossesse, douleurs dans le bassin et le membre inférieur droit.

Accouchement spontané.

Craquement. Écartement du pubis.

Abcès du pubis qui fut incisé. Le fibro-cartilage était arraché du pubis droit.

Guérison au bout d'un an.

OBS. 23. — HUDSON (*Schmidt's Jahrbücher*, LVIII. In *Galvagni*).

Accouchement spontané. Au 3<sup>e</sup> temps se produisit un bruit de craquement comparé à un coup de pistolet.

L'enfant pesait 10 à 11 livres ; son crâne était très ossifié.

Mobilité anormale des trois symphyses. Douleur.

Guérison en 7 semaines.

2 ans après, cette femme accoucha spontanément d'un enfant pesant 6 à 7 livres.

OBS. 24. — KIWISCH (*Krankheiten der Wöchnerinnen*, 1<sup>re</sup> partie, p. 312).

Accouchement spontané.

Le 2<sup>e</sup> jour, douleur dans les trois symphyses, douleur à la compression des os iliaques.

Formation d'un abcès de la symphyse qui gagne le mont de Vénus, les cuisses et la grande lèvre droite. Incision de l'abcès. L'os ne paraissait pas dénudé.

Guérison.

OBS. 25. — AHLFELD (*Schmidt's Jahrb.*, 1876).

Primipare de 24 ans.

Accouchement d'un enfant enveloppé encore de ses membranes, après un travail de 15 heures 1/2.

Après l'accouchement, douleurs au niveau de la symphyse, spontanées et provoquées par les mouvements de la malade et la compression du bassin.

Bandage pelvien.

Disparition des douleurs en 8 jours, on put supprimer la ceinture.

b) *Cas suivis de mort.*

OBS. 26. — MOREAU (*Meissner's Forschungen der Geburtshulfe*, 1826-32, t. IV, p. 228).

III<sup>e</sup>pare de 26 ans. Accouchement prématuré, provoqué au 7<sup>e</sup> mois pour hémorragies répétées.

Après l'accouchement il persiste une douleur dans la région de la symphyse, Plus tard formation d'une tuméfaction au mont de Vénus, tuméfaction qui devient bientôt fluctuante ; fluctuation perceptible aussi dans la grande lèvre gauche.

La femme mourut de fièvre hectique.

AUTOPSIE. — Un abcès entre et sous les grands droits.

Le cartilage est complètement détruit.

OBS. 27. — AHLFELD (*Schmidt's Jahrb.*, 1876, t. CLXIX, p. 187).

P. O..., 32 ans, bien constituée, entre à la maternité de Leipzig, le 20 mars 1870.

Avant l'accouchement, douleurs dans le bassin.

Travail long. La tête, arrivée au détroit inférieur, ne faisait plus de chemin. On mit alors la femme dans la position genu-pectorale. Quand le sommet apparut à la vulve, elle fut mise dans le decubitus dorsal et l'extraction achevée par la manœuvre de Ritgen.

Le soir, fièvre. Douleur violente au niveau de la symphyse qui est disjointe.

Les extrémités pubiennes, distantes de 1 centim. environ, sont mobiles l'une sur l'autre.

Mort le 27<sup>e</sup> jour.

A l'autopsie, outre la rupture de la symphyse pubienne, on trouve une mobilité anormale de la symphyse sacro-iliaque droite qui était en outre le siège d'un léger degré d'arthrite.

|                                       |              |
|---------------------------------------|--------------|
| Diamètre du bassin : Bis-iliaque..... | 27,7 centim. |
| Bi-crête.....                         | 29,8 »       |
| Bi-trochant. ....                     | 30 »         |
| Conjugué ext.....                     | 20 »         |

## II. — Ruptures de force.

C'est-à-dire au cours d'une traction manuelle ou instrumentale.

### A. — RUPTURES DUES AU PASSAGE DES ÉPAULES.

OBS. 28. — EICHELBERG (*Meissner's Forschungen Geburtsh.*, 1826-32, t. IV, p. 229).

Enclavement des épaules, rupture de la symphyse sans complication. Guérison.

OBS. 29. — GRENSER. *Monatschrift f. Geburtskunde*, t. XII, citée par DUHRSEN).

Ouvrière en fabrique de Dresde, 26 ans, taille moyenne, bien constituée, réglée régulièrement. Vers le milieu de sa grossesse, elle aurait été violée par un cavalier de la garde, et à cette occasion aurait reçu un coup de fourreau de sabre dans la région de la symphyse. La douleur fut violente au début, s'atténua peu à peu, sans disparaître complètement ; en même temps apparaissait une faiblesse progressive des membres inférieurs qui, dix jours avant son accouchement, ne lui permirent plus de se tenir debout.

Le 13 février, elle fut prise de contractions utérines douloureuses et amenée à l'hôpital dans un panier ; une heure après elle accouchait (6 semaines avant terme) d'une enfant vivant du sexe féminin. Délivrance 5 minutes après l'accouchement.

Au début, lorsqu'elle se tenait immobile, la malade ne souffrait plus ; mais peu à peu elle fut reprise de ses douleurs au niveau de la symphyse, en même temps que la percussion rendait un son mat à ce niveau. La température s'éleva progressivement, tandis que l'état général devenait de plus en plus mauvais. Finalement la malade ne pouvait plus même mouvoir ses cuisses. Elle mourut de pyémie.

AUTOPSIE. — Vaste abcès préperitonéal s'étendant à gauche jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure, en bas jusqu'au-dessous du pubis et gagnant à droite la région inguinale. L'abcès est limité en avant par les muscles de l'abdomen. L'articulation de la symphyse est complètement détruite et baigne dans le pus ; les pubis sont écartés d'un pouce.

Branches horizontale et descendante du pubis gauche complètement dénudées, rugueuses au doigt.

Vessie intacte, ainsi que la matrice et ses annexes.

OBS. 30. — A. MARTIN (*Gesellsch. f. Geb. u. Gynæcol. Berlin*, séance du 9 novembre 1888, in *Centrall. f. Gynæcologie*, 1880).

Multipare avec bassin généralement rétréci (rétrécissement moyen). Accouchements antérieurs toujours difficiles ; cette fois encore le travail avait été long et pour terminer l'accouchement, on fit une application de forceps dans l'excavation. On n'éprouva pas trop de difficultés pour extraire la tête mais il n'en fut pas de même pour les épaules. Le Dr Bennicke qui dirigeait à cette époque l'établissement appela alors A. Martin à son secours. Réunissant leurs efforts ils réussirent à extraire le tronc de l'enfant, mort sur cesentrefaites. Au passage des épaules, les assistants entendirent nettement le craquement de la symphyse et des deux articulations sacro-iliaques.

La malade mourut ; à l'autopsie, endométrite et suppuration des trois symphyse rompues.

Martin ajoute que certainement au passage de la tête la ceinture pelvienne était intacte.

OBS. 31. — DÜHRSSSEN (*Archiv. f. Gynæcologie*, 1889).

Femme J..., Xpare, 39 ans.

Les six premiers accouchements furent normaux.

Au 7<sup>e</sup> et au 8<sup>e</sup> elle dut faire appeler un médecin pour l'extraction des épaules qui fut très laborieuse. Les enfants morts pendant le travail étaient volumineux.

Pour son 10<sup>e</sup> accouchement elle se présente à la polyclinique de la Charité : Ventre en besace, contractions utérines violentes et régulières ; membranes rompues, présentation du front au détroit inférieur. Bassin normal, mais l'accouchement ne se fait pas, il se forme une volumineuse bosse séro-sanguine ; les bruits du cœur fœtal devenant mauvais, on fait une application de forceps. Malgré la présentation du front, c'est avec la plus grande facilité qu'on extrait une tête de dimensions normales ; mais les épaules ne suivent pas. Par le toucher on constate qu'elles sont enclavées transversalement dans le détroit supérieur, le dos en avant. Deux doigts accrochant l'aisselle gauche essaient en vain de la faire tourner en arrière et de l'abaisser. Pendant que Dührssen va se munir d'un crochet mousse, un assistant essaie à son tour l'extraction manuelle. Aussitôt après, voulant appliquer son crochet, Dührssen constate que l'épaule gauche est descendue dans l'excavation ; mais l'humérus est brisé. Continuant alors les tractions sur cette épaule il finit par lui faire franchir le périnée, puis l'anneau vulvaire. L'épaule antérieure fut dégagée derrière la symphyse ; même l'extraction du bassin présenta encore quelque difficulté.

L'enfant fit après la naissance quelques mouvements respiratoires ; mais il ne put être ranimé.

Délivrance par la méthode de Crédé, 15 minutes après l'accouchement. L'inertie utérine doit être combattue par des injections d'ergotine.

Enfant du sexe féminin, très gros.

|                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| Poids .....                    | 5.884 gr.    |
| Longueur.....                  | 60 cent.     |
| Circonférence des épaules..... | 50 —         |
| Largeur.....                   | 17 —         |
| Circonférence de la tête.....  | 34 —         |
| Diamètre bi-pariétal.....      | 9 —          |
| — bi-temporal.....             | 8 cent. 1/2  |
| — occipito-mentonier.....      | 12 —         |
| — occipito-frontal.....        | 10 cent. 1/2 |

La tête présentait donc des dimensions normales ; elle avait la déformation caractéristique des présentations du front.

Le lendemain de l'accouchement (9 septembre), état de la mère satisfaisant, pas de fièvre.

Le deuxième jour, on constate une douleur à la pression au niveau de la symphyse pubienne. Cette douleur s'irradie vers le sacrum. Les mouvements des membres inférieurs sont absolument impossibles. Ceux-ci sont en rotation externe. Même lorsqu'on veut lui soulever le siège, la malade pousse des cris de douleur. On fait alors le diagnostic de rupture de la symphyse. Utérus bien revenu sur lui-même, pas douloureux; lochies normales, urine claire, miction spontanée, glace sur le ventre.

Le troisième jour, la température monte à 40°,7 le soir, frissons, le bassin est fixé avec des serviettes, glace.

Du sixième au treizième jour, la température est normale le matin pour monter le soir entre 37°,8 et 38°,5. La symphyse est toujours douloureuse spontanément et à la pression.

Le quatorzième jour, apparition d'une tuméfaction au-dessus de la symphyse.

Le 9 octobre, cette tuméfaction atteint l'ombilic; elle est nettement fluctuante.

Le 11 octobre, sous-chloroforme incision de la ligne blanche à mi-hauteur entre le pubis et l'ombilic; elle donne issue à un demi-litre de pus inodore contenant quelques caillots sanguins, des particules de tissu cellulaire sphacélé et un assez grand lambeau de périoste, après lequel étaient encore adhérents de petits fragments osseux. Le doigt introduit dans la cavité en atteignait à peine les limites latérales; la branche horizontale du pubis gauche proéminait en haut et en avant; il était dénudé de son périoste et rugueux au doigt.

Le doigt pénétrait à travers la symphyse jusqu'à l'entrée du vagin. A ce niveau, on fit à droite de l'orifice urétral une contre-incision.

Lavages au sublimé. Drain en seton par les deux incisions, poudre d'iodoforme et compresses au sublimé.

Une heure et demie après, douleurs violentes dans le membre inférieur gauche, frissons, température 39°,8.

Les jours suivants, la température reste élevée: les douleurs persistent. Le 13 octobre apparaît à la face interne de la cuisse droite une tumeur fluctuante.

Incisée sous chloroforme le 15 octobre, il s'en échappe environ un litre de pus verdâtre d'odeur infecte.

Le doigt introduit dans la cavité pénètre dans la symphyse, mais sans atteindre la limite supérieure de la poche. Lavage avec une solution salicylée. Drainage.

A partir de ce jour, la température tombe; la cavité se comble et le 12 novembre la malade quitte l'hôpital guérie: les fistules sont oblitérées complètement; il n'y a plus trace de mobilité de la symphyse.

La malade avait d'ailleurs trois jours avant son départ été présentée à la Société obstétricale de Berlin où plusieurs de ces messieurs ont pu constater la consolidation de la symphyse sans cal proéminent. La malade affirmait d'ailleurs que la marche ne lui était pas douloureuse, et qu'elle pouvait faire sans inconvénient des courses aussi longues qu'avant son accouchement.

OBS. 32. — ZWEIFEL (*Centralblatt für Gynæk.* 5 novembre 1892).

Sextipare avec bassin simplement aplati, enfant vivant très gros, plus qu'à terme.

Sommet à peine engagé au détroit supérieur, contractions très violentes, rétraction marqué de segment inférieur.

Poids de fœtus estimé 10 livres; malgré son rétrécissement, la femme était accouchée spontanément dans sa grossesse antérieure.

Après des tractions violentes avec le forceps Tarnier, la tête est extraite, mais les épaules ne suivent pas, malgré de violentes tractions, l'abaissement d'un bras n'était pas possible. Péniblement enfin on arrive à dégager les épaules, celles-ci avaient traversé le rétrécissement en produisant un craquement qui fut sensible au doigt et à l'oreille.

On pouvait introduire l'index entre les deux surfaces pubiennes. Poids de l'enfant 11 livres un quart, 52 centim. de long, circonférence des épaules 45 cent., circonférence de la tête 38 cent.

Application d'une ceinture pelvienne.

En interrogeant la femme ultérieurement, on découvrit qu'elle avait eu probablement trois ans auparavant, pendant un accouchement très laborieux, une première rupture de la symphyse suivie pendant les suites de couches de fièvre avec cette sensation particulière que les os semblaient se séparer.

Elle ne peut se lever avant 7 semaines; trois mois après, la marche ne pouvait se faire qu'avec l'aide de béquilles.

Après son dernier accouchement (23 juin 1890) jusqu'au début d'août, elle dut porter une ceinture pelvienne Zweifel.

Dans le courant d'août, elle put sortir en fauteuil roulant; au milieu de septembre, elle marchait encore péniblement avec deux cannes au prix de vives douleurs.

Jamais de fièvre.

Le 9 janvier 1891 apparut une collection dans la région de la symphyse, elle s'ouvrit à droite, puis quelques jours plus tard à gauche.

#### B. — RUPTURES DANS L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE OU AU COURS DE LA VERSION

OBS. 33. — MURAT (*Dictionnaire des sciences médicales*, n° 54, 1821).

La nommée M..., âgée de 26 ans, mère de 4 enfants, fit une fausse couche en décembre 1818; elle devint enceinte de nouveau au mois de mars 1819. Pendant les six premiers mois, aucun accident ne vint traverser cette grossesse; mais le 1<sup>er</sup> septembre, sans cause connue, une hémorrhagie assez abondante se déclara, elle fut arrêtée plusieurs fois pendant huit jours; mais au bout de

six ou huit heures elle reparaisait avec plus d'intensité. La malade s'affaiblissait extrêmement. Un accoucheur appelé se décida, pour sauver la vie de cette femme, à procéder de suite à l'accouchement. Le col de l'utérus dilaté et la main introduite dans le viscère, l'enfant fut extrait par les pieds avec facilité, il était mort. Le placenta suivit quelque temps après. La ménorrhagie cessa après l'accouchement. Les phénomènes ordinaires, tels que l'écoulement des lochies, la fièvre de lait, etc., se succédèrent naturellement ; mais le ventre resta douloureux, surtout dans la région pubienne ; l'état douloureux du ventre et du mont de Vénus continua ; des frissons se firent sentir, spécialement le soir ; une petite fièvre leur succédait. Le 1<sup>er</sup> octobre, quarante jours après l'accouchement, cette malade entra à l'hôpital Saint-Louis, et offrit les symptômes suivants : abdomen douloureux à la pression, surtout dans la région pubienne, la grande lèvre gauche tuméfiée, douloureuse, pous petit, assez fréquent, état fébrile très prononcé le soir, pommettes colorées, langue blanche, un peu rouge sur les bords, diarrhée abondante, très fétide, perte d'appétit, faiblesse générale. On ne reconnut de fluctuation ni vers le pubis, ni dans la grande lèvre.

Le 29 octobre, il se manifesta des vomissements qui se répètent le lendemain, puis cessent. Le malade était très faible, la fièvre existait toujours avec de fortes exacerbations le soir. Le 1<sup>er</sup> novembre, on reconnut, en palpant le ventre, une fluctuation assez obscure, quatre travers de doigt au-dessus du pubis, elle parut exister sous le muscle sterno-pubien droit. Le 6 novembre, elle était très évidente. La tumeur qui existait alors, ovoïde et circonscrite, fit juger que cette collection d'un liquide quelconque se trouvait dans l'épaisseur de la paroi abdominale. La grande lèvre gauche offrait aussi de la fluctuation. Le 7 et le 8, la collection augmente ; la malade était très faible ; sa mort paraissait prochaine. Le 9, cette femme avait cessé de vivre.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE. — Après avoir incisé avec précaution la peau sur la tumeur ovoïde de l'abdomen, et avoir mis à découvert le quart inférieur du muscle sterno-pubien droit, on reconnut que le foyer était au-dessous de ce muscle, entre lui et le péritoine ; une incision pénétrant dans le foyer et prolongée jusqu'au pubis donna issue à seize onces de pus très fétide, mais analogue au pus d'un phlegmon du tissu cellulaire. La symphyse pubienne fut mise à découvert ; le fibro-cartilage qui le constitue était détruit entièrement, si ce n'est à sa partie inférieure, où il en restait encore quelques débris. Baignées par le pus, les surfaces osseuses dénudées étaient d'un gris noirâtre, leur structure n'était d'ailleurs nullement altérée ; quelques faisceaux du ligament pubien antérieur et le triangulaire du pubis existaient seuls au milieu de ce désordre. La grande lèvre gauche contenait dans son épaisseur un foyer purulent qui communiquait au-devant du pubis avec le premier. L'abdomen, ouvert, laissa échapper des gaz d'une grande fétidité ; une pinte de sérosité, dans laquelle nageaient des flocons albumineux, était contenue dans la cavité abdominale ; les intestins étaient réunis entre eux par des fausses membranes. La portion hépatique du péritoine en présentait aussi ; le foie, assez volumineux, était sain ainsi

que l'estomac, les tube intestinal et la vessie ; la matrice, revenue presque à son volume ordinaire, ne présentait rien de remarquable ; il en était de même du vagin.

OBS. 34. — HEMPEL (*Arch. f. Gynæcol.*, 1875, t. VIII, p. 584).

Primipare de 23 ans, bassin normal.

Extraction par le siège, sans lésion des parties molles.

Après l'accouchement, fièvre.

Le 11<sup>e</sup> jour, par le toucher vaginal, une masse dure à droite et en arrière de l'utérus.

Le 25<sup>e</sup> jour, incision d'un abcès situé en arrière de l'échancrure sciatique ; avec le doigt on sentait l'os dénudé. Mais la fièvre ne tombe pas.

Le 32<sup>e</sup> jour, douleur vive au niveau de la symphyse.

Un abcès s'ouvre spontanément dans le vagin.

Mort le 32<sup>e</sup> jour.

AUTOPSIE. — Abcès de la grosseur d'une pomme au niveau de la symphyse ; il est limité en bas par le ligament arqué, latéralement par les extrémités rugueuses des pubis.

En outre abcès de l'articulation sacro-iliaque droite, et foyers suppurés dans les ligaments larges.

OBS. 35. — H. EIDAM (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1877).

A cause de la rareté des cas de rupture de la symphyse pendant l'accouchement, on trouvera sans doute bon que nous en présentions un qui vient de se produire à la clinique gynécologique d'Erlangen et qui se termine du reste par la guérison.

Cette communication originale trouve d'autant mieux sa place ici que ces cas de rupture ne sont pas aussi rares qu'on veut bien se l'imaginer. Il n'est donc pas superflu de rappeler aux praticiens cette complication obstétricale, et de les engager à rechercher plus attentivement les faits semblables et à les faire connaître lors de leur production.

Marguerite Kr..., âgée de 30 ans, entrée le 10 avril à 5 heures du soir à l'hôpital, taille moyenne, constitution assez bonne. Elle a déjà accouché 3 fois, les deux premières fois d'enfants morts et putréfiés (Iodthaule) et la troisième fois d'un enfant bien portant. La durée des couches n'a rien eu d'anormal.

Les douleurs ont commencé, la poche des eaux se rompt. A la palpation on trouve à gauche de petites parties, et à droite des parties résistantes ; les bruits du cœur sont faibles et ne s'entendent qu'au niveau du nombril. Une grosse partie (le siège) ayant dévié vers la gauche du bassin, une partie plus résistante (la tête) se trouve dans le haut de l'utérus vers la droite du bassin.

Au toucher, le col est un peu raccourci, ouvert dans toute la longueur et laisse pénétrer deux doigts dans la cavité utérine. Les souffrances sont faibles et intermittentes.

A 7 heures du soir l'orifice de la matrice mesure à peu près un thaler ; vers le promontoire on sent la saillie des côtes et des vertèbres. C'est donc une deuxième position de l'enfant qui se présente, l'épaule droite couchée en avant, le dos en arrière.

Pendant la nuit le travail n'avance guère, le col ne s'efface pas et l'épaule droite est adossée à la symphyse. Souffrances insignifiantes.

11 avril. A 9 heures du matin le col est dilaté et la matrice ouverte. On soumet la malade à la narcose chloroformique et on se livre à des manœuvres externes, qui ont pour résultat de faire remonter la tête et de ramener le siège à gauche, le sacrum tourné vers la droite. Dans le courant de la journée la dilatation s'achève. La malade présente une augmentation de température. Elle a 39°,5.

Le soir à 6 heures la matrice devenue plus ramollie donne accès à la main ; le dos de l'enfant est contre le promontoire et ses jambes remontées le long de la symphyse. Les bruits du cœur sont perceptibles. On peut amener le pied gauche au-dessous de la symphyse et l'enfant finit par être extrait, de façon que son dos qui était d'abord tourné en arrière est dirigé en avant pendant la descente du corps. Il est du reste profondément asphyxié et ne peut être, malgré de nombreux essais, rappelé à la vie.

La malade ne présente rien de particulier jusqu'au 12 avril au soir, si ce n'est une petite sensibilité douloureuse qu'elle ressent vers le bas-ventre. A ce moment pas de fièvre. Mais ce jour même vers les 10 heures du soir, elle est prise de frissons. La température monte à 40°,7. Le poulx est ferme et compte 120 pulsations. Compresses de Priesnitz sur le ventre et hydrate de chloral.

Le 13, elle ressent une douleur au niveau de la symphyse, l'action de s'asseoir sur son séant ou de remuer tant soit peu les jambes lui occasionne des souffrances intolérables ; comme elle attribue cela à des lésions d'organes internes, on la visite plus à fond.

L'utérus est presque insensible et dépasse à peine le nombril, le bas-ventre est libre ; seule, la région de la symphyse et les points correspondants sont très douloureux.

Au toucher la douleur est encore plus grande, de sorte qu'on ne peut mettre le doigt que très légèrement sur la surface plane qui forme la face postérieure de la symphyse. Les mouvements soit actifs soit passifs des extrémités inférieures arrachent des cris à la malade, qui localise très bien la douleur à la symphyse.

Nous portons donc le diagnostic de disjonction de cette symphyse et on applique aussitôt une ceinture de bassin (Beckengurtel). Pas de difficulté de miction. T. m. 39°, 7 avec poulx 83. T. s. 41°, 1 avec poulx 92.

Le 14. La douleur diminue et s'exaspère seulement par la pression. Purgation avec huile de ricin, la pression devient moins douloureuse. Etat général bon, diminution de la température.

Le 15. L'amélioration se continue, on enlève la ceinture.

Le 16. Forte transpiration ; dans l'après-midi, douleurs légères ayant leur

siège dans la jambe gauche, celle-ci reste immobile pour ne pas provoquer de vives souffrances, on remet aussitôt la ceinture, la fièvre est tombée.

Le 17. Etat général bon, douleur nulle quand la malade repose tranquillement.

Le 19. La pression est insensible sur la symphyse même et douloureuse au-dessus.

Intérieurement, toute la symphyse est douloureuse, surtout du côté gauche, vis-à-vis de l'insertion du muscle pectiné.

La malade repose tranquillement munie de sa ceinture, les jambes allongées, jointes et immobiles. Pas de douleur spontanée, pas de fièvre.

Le 27. Nouvel examen. Avec beaucoup de précautions, la malade évacue sa chambre de la clinique. Extérieurement la pression ne produit rien sur la symphyse, à l'intérieur elle provoque de la douleur et la région paraît gonflée. Etat général bon.

La malade repose tranquillement, toujours dans la même position et évite craintivement tout mouvement.

Bientôt comme la pression intérieure de la symphyse n'éveille aucune douleur, on essaye de la faire quelque peu marcher, la première fois au 4 mai.

Dans cet essai elle ose à peine poser les pieds sur le sol, et elle ressent une douleur à l'endroit malade. En touchant la symphyse pendant ces essais de marche, on peut s'assurer que la consolidation n'est pas complète.

7 mai. Nouvel essai, plus fructueux. La malade chancelle un peu, ce qui la surprend elle-même, car elle ne ressent plus aucune douleur à la symphyse.

Le 12. La symphyse n'est douloureuse ni au dehors ni au dedans, mais elle est démesurément gonflée, son diamètre mesure 4 centimètres et demi au pelvimètre de Van Huevel, elle est ferme.

L'utérus est gros, mal revenu sur lui-même, fortement antéfléchi, mais non douloureux, les annexes sont libres. La malade s'en va.

Le cas est intéressant pour plusieurs raisons, et diffère de la plupart des faits analogues connus. Le diagnostic en était indiscutable, et les symptômes devaient éloigner l'idée de toute autre lésion : ainsi, une forte douleur survenant spontanément, très bien localisée, s'augmentant par la pression et aussi les mouvements des jambes, l'allègement immédiat procuré par l'application d'une ceinture, enfin les résultats rapides et surprenants de cette méthode curative, etc., etc.

Au début on trouvait bien de la sensibilité dans la région abdominale et notamment la pression était douloureuse vers la droite de l'utérus. Mais ces signes disparurent de bonne heure, tandis que les douleurs au niveau de la symphyse et la parésie des membres inférieurs durèrent fort longtemps.

Dans les autres cas, on indiquait comme signe caractéristique la possibilité de placer un doigt entre les extrémités disjointes de la symphyse. Ici en raison des douleurs extraordinaires, il fut impossible de constater si les deux pubis étaient restés unis : peut-être chez cette femme ne l'ont-ils jamais été : peut-être encore l'écartement a-t-il été prévenu par l'usage immédiat de la ceinture.

Il n'est donc pas nécessaire de donner une importance absolue à l'état de la jointure, puisque dans notre cas c'est seulement un jour après l'accouchement qu'apparurent les symptômes.

Généralement on dit que la douleur se produit au moment même où s'opère la disjonction, pendant l'accouchement. Dans notre cas on ne peut constater rien de semblable, soit avant, soit pendant ou après l'accouchement.

La sensibilité douloureuse qu'on trouve à ce niveau fut rejetée sur le compte d'autres causes, d'ordre sans doute inflammatoire, et ce n'est du reste que lorsque la malade essaya de faire quelques mouvements que se produisit une douleur cuisante à la symphyse.

Autre différence, c'est d'ordinaire à la suite de fausses positions du sommet ou de puissantes opérations (généralement une application de forceps) que se produit la plupart de ces désastres. Ici nous avons une présentation du siège et une extradition en somme simple et peu pénible.

L'accident a dû trouver son origine dans un état particulier de l'articulation, laquelle présentait une moindre résistance, qui était due elle-même soit à un affaiblissement des masses ligamenteuses, soit au relâchement de la symphyse pendant le temps de la grossesse, ce relâchement peut du reste être considéré comme une augmentation du jeu normal des articulations du bassin à l'état ordinaire.

Il ressort aussi de notre examen qu'il n'y avait pas de rétrécissement du bassin.

On sait en effet, qu'un rétrécissement soit oblique, soit même quelconque peut, surtout si on exerce de vigoureuses tractions, être l'origine de pareils désastres.

Une chose surprenante, c'est le résultat immédiat obtenu par l'application de la ceinture, et aussi la disparition de la fièvre et le bien-être général qu'on observait aussitôt que les deux extrémités du bassin étaient régulièrement refixées. On peut certainement attribuer à l'emploi immédiat de la ceinture le peu d'inflammation locale qui suivit l'accident et surtout le manque de symptômes du côté de la vessie. Les derniers en effet s'observent d'ordinaire en pareils cas.

Si la lésion n'est pas diagnostiquée de suite et si on ne songe pas à appliquer le seul traitement rationnel, c'est-à-dire la ceinture, il ne sera point rare de voir survenir à ce niveau une forte suppuration suivie elle-même d'une transmission fatale ou tout au moins d'une longue, pénible et douloureuse convalescence.

Peut-être même de pareilles disjonctions méconnues et suivies finalement d'une terminaison favorable, constituent-elles à elles seules l'origine d'un grand nombre de puerpéralités douloureuses, qui s'accompagnent d'un séjour forcé au lit et de l'impossibilité de remuer les membres inférieurs, ce qu'on mettait sur le compte d'une paralysie.

OBS. 36. — Prof. CHAUSSIER. (Thèse de FRAISSE, 1882).

Une femme de Dijon avait fait 5 enfants dont 3 ont vécu et 2 sont morts, ces derniers après une version laborieuse.

Enceinte une sixième fois on fit aussi la version ; quand la tête traversa le détroit supérieur la femme sentit un craquement terrible dans les os du bassin, craquement entendu des assistants. Cette malheureuse femme mourut peu d'heures après.

#### C. — RUPTURES AU COURS D'UNE APPLICATION DE FORCEPS.

##### 1° *Le rétrécissement du bassin n'est pas signalé.*

##### a) CAS SUIVIS DE GUÉRISON.

OBS. 37. — DR LÉFRÈRE (*Communication à l'Académie de médecine*, 1838).

Femme de 27 ans, primipare. Sommet, forceps, mouvement de rotation ; craquement au détroit supérieur ; l'accouchement se termine très vite. Rupture de la symphyse avec écartement de deux pouces et demi !! De plus soulèvement en avant du pubis gauche de manière à déformer le pénil et à simuler une tumeur du volume du poing.

Bandage contentif, guérison en six semaines.

OBS. 38. — POULET (*Mémoires et Compte-Rendus de la Société de médecine de Lyon*, III, 1363-64).

Femme de 27 ans, forte, après échec de l'application de forceps en position ordinaire, on emploie la position anglaise, c'est-à-dire la femme appuyée sur les genoux, les fesses plus élevées que la tête. Extraction avec mouvements de rotation, mais au moment de franchir l'arc osseux on entendit un bruit sec, fort, qu'on ne sut interpréter. C'est en voulant faire la délivrance que l'on constata avec étonnement une « tumeur grosse comme le poing située à l'aîne gauche et une autre moitié moins volumineuse dans la région de l'aîne droite ». L'auteur crut à des hernies mais par le toucher il constate « les deux bouts tranchants des os pubis qui se dirigeaient en avant et en haut ! les ligaments qui unissaient ces os étaient arrachés et permettaient un écartement entre eux de deux pouces et demi ».

Bandage contentif qui permit cinq semaines après à la femme de faire une lieue à pied sans la moindre fatigue.

OBS. 39. — WAHL (*Bayr. Aerztliches Intelligenzblatt*, 1877, n° 4).

Primipare de 38 ans, petite. Présentation du sommet, les douleurs disparaissant par moment, on fait une application de forceps à la partie supérieure de l'excavation. « Avant de partir, le médecin examine l'accouchée, et son doigt

pénètre entre deux surfaces osseuses rugueuses, et il constate l'existence d'une rupture de la symphyse. Le doigt était non pas dans le vagin mais dans l'urèthre. Celui-ci était fortement tirailé et déchiré dans sa partie supérieure. Cela s'était produit pendant l'accouchement sans que la patiente eût manifesté une douleur particulière.

Bassin normal.

Esquilles osseuses éliminées par l'urèthre. Guérison six semaines après l'accouchement.

La rupture semble être due ici à une nécrose des pubis.

OBS. 40. — CAYLA (Thèse FRAISSE, 1882).

Application de forceps pour une présentation du sommet en O I D P ; disjonction de la symphyse pubienne ; guérison, par M. Albert Cayla, interne des hôpitaux.

Il s'agit cette fois d'une femme de 24 ans, primipare, entrée à la Maternité de Cochin le 12 septembre 1881, à terme. Elle est d'une bonne constitution, habituellement bien réglée, grossesse favorable.

Les douleurs ont commencé la veille au soir, à neuf heures.

L'orifice du col est dilatable ; quant au col, il présente encore une longueur de 1 centimètre.

La malade est à peine entrée depuis une heure que sa poche des eaux se rompt spontanément.

Douleurs pendant toute la nuit. Le lendemain matin (mardi), la dilatation est de la grandeur d'une pièce de 5 francs ; la tête est engagée, sa position est en O. I. D. P.

Le mardi soir, la tête est descendue dans l'excavation, coiffée par le segment antérieur de l'utérus. La lèvre antérieure du col est très œdématiée. Les douleurs sont fréquentes, la femme est épuisée. La rotation ne se fait pas.

En face de cet état de choses, comme le travail dure environ depuis 50 heures, nous nous décidons à faire une application de forceps.

La malade est endormie au chloroforme.

Nous essayons d'abord d'introduire la branche droite du forceps Tarnier en arrière, en suivant la concavité du sacrum. L'introduction est assez facile, mais c'est en vain que nous essayons avec cette seule branche de faire opérer à la tête son mouvement de rotation.

L'introduction de la deuxième branche est, au contraire, extrêmement laborieuse ; la position de la tête, jointe à une étroitesse vulvaire, considérable, s'y oppose absolument. Nous sommes contraints d'y renoncer.

Espérant être plus heureux avec le forceps Levret, nous essayons d'introduire la branche gauche de ce dernier instrument. Après avoir eu soin de refouler la lèvre antérieure du col, nous parvenons à introduire la cuiller et à l'amener sous le pubis gauche. Sa position est très inclinée. Le pivot est à deux travers de doigt de la vulve,

L'étroitesse des parties est telle que l'on ne peut introduire que deux doigts pour servir de conducteurs à la branche droite ; nous arrivons toutefois à placer celle-ci après avoir refoulé la lèvre postérieure du col.

Le forceps est dans le diamètre oblique gauche. En articulant l'instrument, la rotation se fait d'elle-même sans efforts.

Après dix minutes de tractions soutenues, la tête apparaît à la vulve. Au moment du passage, il se fait une légère déchirure de la fourchette, laquelle du reste avait déjà été entamée par les branches du forceps.

L'enfant est vivant. La délivrance se fait de bonne heure et sans efforts.

Les jours suivants, l'état général de la malade paraît satisfaisant dans son ensemble, mais elle a présenté des troubles locaux très manifestes et dont voici le détail. Tout d'abord, elle offrait une rétention d'urine qui nécessitait l'emploi de la sonde ; de plus on constatait une légère déchirure de la partie antérieure du vagin et même du vestibule, sous la symphyse.

Notre attention, en effet, avait été attirée de ce côté par une sensation de brûlure que ressentait la malade lors du passage de l'urine.

Nous avons maintenu rigoureusement la malade au lit, les jambes liées, pour favoriser la réunion de la déchirure constatée à la fourchette ; quelques jours après nous lui avons permis quelques mouvements. Mais le lendemain, quand elle essaye de rompre son immobilité, la malade se plaint de ne pouvoir détacher les jambes du lit qu'avec une peine extrême ; le décubitus latéral lui est tout à fait impossible. Toutes les fois qu'elle veut faire exécuter un mouvement à ses membres inférieurs, elle ressent une douleur profonde et prolongée, au niveau de la symphyse pubienne.

Nous nous assurons, en effet, que tous les mouvements communiqués aux os coxaux, soit pour les rapprocher, soit pour les éloigner, déterminent une douleur violente au point en question. La pression détermine également de la douleur à ce niveau ; néanmoins on ne peut constater avec le doigt un écartement bien appréciable entre les deux os. Quant à la mobilité, elle est au contraire des plus manifestes et on la constate aisément à l'aide du procédé indiqué par M. Budin. (Voir plus loin.)

Dans ces conditions, plus que jamais, nous maintenons la malade au lit, en recommandant l'immobilité la plus complète. Ce n'est qu'après un certain nombre de jours que nous tentons de la faire lever, après l'avoir munie d'une large ceinture bien serrée ; c'est à peine si elle peut faire quelques pas.

L'amélioration s'accroît journellement, et trois mois après elle pouvait quitter l'hôpital. A ce moment, elle marchait avec peine et seulement grâce à sa ceinture ; elle avait surtout beaucoup de mal à monter les escaliers.

Nous avons revu la malade deux mois après, c'est-à-dire cinq mois après l'accouchement. Elle avait de la peine à marcher, et elle n'aurait, du reste, pu le faire sans sa ceinture.

Dans cette observation, nous n'avons pu incriminer aucune cause bien précise qui ait favorisé la disjonction de la symphyse, si ce n'est un état d'ossification très avancée de la tête fœtale jointe à une étroitesse assez prononcée des

parties maternelles, principalement des parties molles. La diastase ici se trouvait peu accusée, elle ne s'était traduite, pendant l'application de forceps, par aucune perception ou sensation de craquement, et cet accident toutefois a pu entraîner une incapacité à peu près complète de marcher et cela pendant de longs mois après l'accouchement.

OBS. 41. — BRAUN VON FERNWALD (*Arch. Gyn.*, XLVII, 1894).

Primipare, 20 ans, Bassin normal.

Présentation du sommet, en O. I. G. A.

L'enfant paraît très volumineux, mais non hydrocéphale; étant en danger on est obligé de déchirer le col, dont la dilatation n'était que de 6 cent., pour faire une application de forceps élevée. Il se fait une déchirure de la paroi vaginale gauche jusque dans le ligament large.

Après trois tractions la tête vient, mais au cours de la troisième apparaît tout à coup un œdème notable du mont de Vénus et de la lèvre gauche.

La symphyse est rompue.

L'enfant de 4,100 gr. et de 55 cent. de longueur, a une tête volumineuse.

Le 2<sup>e</sup> jour on incise l'hématome de la petite lèvre gauche, on le draine. Pendant les premiers jours la température monte à 40°, elle baisse à partir du 6<sup>e</sup> jour pour atteindre la normale le 18<sup>e</sup>.

Le 51<sup>e</sup> jour la femme est renvoyée portant un bandage.

OBS. 42. — CHAVANNE. *Ruptures des symphyses pendant l'accouchement.*  
(*Gazette hebdomadaire*, 1896).

Primipare, 28 ans. Bassin symétrique, régulier, le diamètre promonto-sous-pubien 10,9. Grossesse normale, troublée par quelques douleurs du bas-ventre.

Le 14 juin, après 3 jours de travail, la poche des eaux étant rompue depuis le matin et le fœtus étant en souffrance, on fait une application oblique du petit forceps Tarnier. Sous l'influence des tractions faites directement en bas et seulement pendant les contractions, la tête descend un peu et se fléchit légèrement. A la 3<sup>e</sup> traction un craquement très net est entendu, suivi quelques secondes après d'un nouveau craquement. La tête descend et l'accouchement se termine rapidement; l'enfant vivant pèse 4,600 grammes, délivrance normale. En examinant la malade on constate entre les pubis un écartement de 3 cent. environ. Le diagnostic de la rupture symphysienne s'imposait. Les suites de couches ont donné la certitude que les craquements avaient porté l'un sur la symphyse sacro-iliaque droite, l'autre sur la symphyse pubienne. L'écartement de la symphyse était de 2 cent. Les suites de couches ont été simples, le rapprochement des symphyses a été facile, le 21<sup>e</sup> jour la malade pouvait se lever et marcher un peu.

OBS. 43. — CHOLMOGOROFF (*Vratch*, mars 1897. Traduction due à l'obligeance de M. MILANOFF, externe des hôpitaux).

En 1896, le 17 mai à midi, j'ai été appelé en consultation dans le service d'accouchement de l'hôpital G... pour le n° 406.

Femme de 38 ans, primipare de faible constitution. Réglée à 14 ans, durée de règles 4 jours, survenant tous les 28 jours. Dernières règles du 11 au 15 août 1895, elle a senti remuer le 25 décembre.

Entrée dans le service le 3 mai, début du travail le 16 mai 1898 à 4 heures du matin, rupture des membranes à 10 heures, dilatation complète le 17 mai à 7 heures du matin. A 9 heures, on applique le forceps sur la tête en O.I.G.P. dans la partie étroite de l'excavation. L'indication du forceps a été l'immobilité absolue de la tête pendant deux heures après dilation complète à la suite de la disparition des contractions utérines, et ralentissement des battements fœtaux. L'introduction des cuillers fut facile, on a fait cinq tractions d'abord horizontalement, puis en haut. Après la sortie de l'occiput sous le périnée, on retira les branches du forceps et la face fut dégagée sans peine sous le pubis.

Garçon né vivant.

Le délivre est sorti seul après 15 minutes. Petite déchirure pour laquelle on a mis trois fils de soie.

Pendant l'extraction de la tête par le forceps, au moment où on a relevé les branches, et sans déployer aucune force, on a entendu un craquement qui était en rapport avec ce que l'on constata plus tard chez la parturiente.

Après l'extraction, la femme se plaignit de fortes douleurs au niveau de la symphyse pubienne, douleurs exagérées par le moindre effort pour mouvoir les jambes et surtout pour les écarter.

En arrivant dans le service, nous avons constaté avec le médecin-chef I..., les lésions suivantes. Sous le clitoris et à l'entrée du vagin se trouvait une plaie irrégulière sous forme d'un orifice de 3 centim. de large. Le doigt nous a conduit dans une cavité limitée en avant par la peau du pubis, en arrière la paroi de la vessie, en haut la partie inférieure de la paroi abdominale et de chaque côté les surfaces symphysiennes écartées de 3 cent. 5. Le sphincter de la vessie est conservé, elle renferme trois verres d'urine que le cathétérisme évacue. L'urèthre est fendu sur la ligne médiane de l'orifice externe à l'orifice vésical. Pas d'hémorrhagie, donc le bulbe du vagin et les corps caverneux du clitoris ont été épargnés. L'urèthre fut suturé sur une sondé élastique laissée à demeure, les aides ont rapproché les os iliaques par pression latérale jusqu'au contact complet des pubis.

Dans la plaie, entre la vessie et l'urèthre d'un côté, et la symphyse pubienne de l'autre, on met une mèche de gaze iodoformée. Le bassin est entouré d'un bandage en toile passant au-dessous des crêtes iliaques.

Sur le pubis on applique une vessie avec de la glace, les jambes sont attachées.

L'accouchée ne nourrit pas.

Le 19, le cathéter ne tient pas, on doit le remettre en place chaque fois qu'il glisse. Le bandage étant relâché, on le renouvelle et on le serre davantage.

Le 22, la mèche de gaze est retirée, on introduit un drain en caoutchouc. Le bandage est reserré de nouveau. Lochies sans odeur, normales par leur quantité et qualité. L'utérus se rétracte régulièrement.

Pendant le repos, la malade n'éprouve aucune douleur, mais à chaque mouvement auquel le bassin prend part, ainsi que les mouvements des membres inférieurs et en particulier pendant les écartements, elle ressent des douleurs aiguës. La vessie de glace est enlevée.

Le 25, ablation des fils du périnée et de l'urèthre, le périnée est réuni par première intention, les fils de l'urèthre sont coupés, l'urèthre lui-même est donc entr'ouvert sur une assez grande longueur. L'orifice apparent de la plaie a diminué, à peine peut-il recevoir l'index.

Malgré le bandage serré dont la pression est à peine supportée par la malade, on ne constate pas de réunion solide au niveau de la symphyse. Pendant le changement du bandage, le doigt pénètre dans l'écartement des pubis et sent les extrémités osseuses distantes de 1 cent. 5. On draine de nouveau.

L'urine est retenue dans la vessie pendant deux à trois heures, les mictions sont volontaires et sans douleurs. Nouveau bandage plus serré.

Le 1<sup>er</sup> juin, on enlève le bandage parce que, au niveau des épines iliaques antéro-supérieures, se sont formées des eschares qu'on saupoudre d'iodoforme. Pas de douleurs pendant les mouvements de jambes. Par la palpation de la symphyse à travers la peau, on constate que les extrémités osseuses des pubis sont écartées de 1 cent. 5. L'orifice situé sous le clitoris et conduisant dans la cavité articulaire ouverte, a diminué considérablement.

C'est dans cette cavité que s'ouvre l'urèthre dont la déchirure n'est pas cicatrisée, et qui a diminué de longueur. La cavité interpubienne est remplie de tissu conjonctif de nouvelle formation, ce qui la comble en partie.

On introduit un plus petit drain.

Le 5, le drain tombe, on ne le remplace pas, l'orifice étant trop petit pour le recevoir.

Le 10, à la palpation, les extrémités du pubis sont toujours distantes de 1 c. 5.

Sous le clitoris, la plaie est toujours profonde, mais elle est recouverte de granulations de bonne nature, c'est au fond de celle-ci que s'ouvre l'urèthre.

Il est impossible de pénétrer dans l'écartement de la rupture symphysienne, qui est comblée par du tissu nouveau.

Les eschares au niveau des épines iliaques sont presque cicatrisées.

Le 15, la malade peut se retourner sans souffrir, son emboupoint augmente tous les jours,

La température du soir est montée une fois à 38°,3, se maintenant en général entre 37°,7 et 38°. Le pouls jusqu'au 5 juin fut rapide, de 92 à 108; à partir de ce jour jusqu'à sa sortie, la température et le pouls étaient normaux.

Le 21, les os du pubis sont rapprochés, on peut à peine introduire un doigt.

Le 27, on permet à la malade de se lever. La marche est chancelante, mais indolore.

L'orifice de l'urèthre a l'aspect d'une fente, le reste de la plaie est complètement cicatrisé.

Par le palper et par le toucher, on ne constate qu'un écart de moins d'un centimètre entre les pubis ; cet espace est rempli d'un tissu solide.

L'urine est retenue dans la vessie, mais dans les efforts elle sort involontairement ; l'utérus est revenu sur lui-même.

La malade est sortie du service le 30 juin 1896.

Le retour de couches est apparu du 24 juin au 3 juillet, il a été normal et sans douleur.

Pas de pertes blanches ni douleurs dans le ventre.

Le 28, la malade est revue pour la dernière fois ; la marche est encore difficile, mais il n'y a plus d'incontinence d'urine, même pendant l'effort. Les extrémités pubiennes sont rapprochées de moins d'un centimètre.

Au mois d'octobre 1896, elle écrit qu'elle est en bonne santé, la marche est normale, les urines sont retenues comme avant la grossesse, elle n'a aucun sujet de plaintes.

OBS. 44. — Dr BUÉ, de Lille (Thèse de MORAUX, Lille, 1897).

Femme, 21 ans, bien réglée, à terme, première grossesse. Le médecin avait constaté quelques douleurs au niveau de la symphyse pubienne si minimes que la femme ne s'en plaignait pas et que huit jours avant son accouchement elle avait pu faire une course à pied de huit kilomètres.

Fœtus en O. I. G. A., tête engagée, travail de 48 heures nécessitant une application de forceps. On se servit du Levret, extraction faite avec une seule main. Enfant mort.

Rien d'anormal n'avait frappé le médecin ni la parturiente. Une hémorrhagie étant survenue, il hâta la délivrance par expression et en appliquant la main sur la région hypogastrique il détermine une douleur très vive. Il sent alors entre les os du pubis un écartement de 3 à 4 centimètres, cette rupture ne s'était accompagnée d'aucune douleur et d'aucun craquement perçu.

La délivrance achevée, l'hémorrhagie continue et est combattue par des injections chaudes. Un bandage est appliqué autour du bassin et amène un soulagement notable.

Le Dr Bué appelé, reconnut l'exactitude du diagnostic. Le doigt introduit dans le vagin sentait les os pubiens à nu par une ouverture de la paroi vaginale antérieure. La palpation de la région hypogastrique faisait sentir deux tumeurs, l'une formée par l'utérus remontant jusqu'aux côtes droites, l'autre formée par la vessie atteignant l'ombilic, car il n'y avait pas eu de miction depuis l'accouchement. Le cathétérisme fut très difficile à faire, le méat n'étant pas percep-

tible, la sonde introduite par tâtonnements retira un litre d'urine de couleur normale.

Un doigt introduit dans le vagin, sentait l'urèthre légèrement dévié, mais intact. Le méat passait inaperçu probablement parce que la partie antérieure de l'urèthre a dû être coupée par un des pubis. Une planche est glissée sous le matelas de plumes, un bandage est appliqué autour du bassin, et les jambes rapprochées par un lien. Pansement vaginal à la gaze iodoformée.

Fièvre 39°5 le 4<sup>e</sup> jour, injection intra-utérine pendant 3 jours jusqu'à l'abaissement à la température normale. L'utérus reste élevé, lochies sanglantes, phlébite du mollet droit, le 9<sup>e</sup> jour.

Là miction étant rétablie spontanément le 5<sup>e</sup> jour, l'utérus revient sur lui-même. Toute douleur disparaît au niveau de la symphyse, la mobilité n'est plus appréciable après cinq semaines. Elle se lève au bout de six semaines et vaque quelques jours plus tard sans aucune fatigue à ses occupations.

Revue plus tard, on constate que la symphyse pubienne est bien consolidée, il ne reste qu'une certaine faiblesse du sphincter cervical.

α. — *Gros enfant et forceps.* —

OBS. 45. — Cas de L. R. ADAMS (*Boston med. and surg. J.*, 1878)

Il s'agit d'une dame B... cliente du Dr Cowles, de Saxonville, âgée de 42 ans, taille moyenne, bien constituée, maigre et pesant 112 livres, primipare, arrivée au terme complet de sa grossesse le 4 février au matin.

Elle a joui d'une bonne santé pendant la gestation, quoique durant les dernières semaines elle ait présenté de l'œdème des mains, des pieds et des jambes.

A cette date du 4 février elle eut une perte de liquide amniotique, mais sans douleurs et sans autres symptômes. Elle fut visitée par le Dr Cowles, qui ne constata aucune dilatation du col, pas plus que des contractions ni autre signe de travail.

Néanmoins le 5 février au matin, vers les 5 heures, les douleurs commencent; le col est encore dur, mais il admet l'extrémité du doigt. Les douleurs elles-mêmes sont modérées et sans résultats bien appréciables. Présentation du sommet.

A une heure et demie de l'après-midi, les douleurs sont plus vives; le col est rigide; la dilatation mesure un pouce et demi de diamètre. Etat général bon, mais la tête n'avance pas. On donne du tartrate d'antimoine, et on place la malade sur un vase rempli d'eau chaude.

A 3 heures, la tête n'a pas encore avancé, diamètre du col de deux pouces, mais pas de ramollissement. Douleurs parfois vives, mais sans résultats.

Appelé en consultation, j'arrive à 4 heures et demie et trouve la malade dans la même situation. Position occipito-iliaque droite antérieure; dilatation de deux pouces et demi, douleurs plus vives.

On donne du tartrate d'antimoine en lavement pour dilater le col de façon à faire une application de forceps.

Effectivement, au bout de quelques instants, la dilatation est suffisante et les douleurs ont un caractère franchement expulsif, en un mot les conditions paraissent favorables pour cette opération. La malade est éthérisée ; on vide la vessie et on introduit le forceps long de Simpson. Application oblique assez pénible, mais faite avec toute espèce de précautions.

Les douleurs se continuent régulièrement, mais on ne peut songer à exercer des tractions avec le forceps en raison de la rigidité invincible du col, qui à chaque douleur comprimait les branches de l'instrument comme une corde tendue. Le forceps est desserré dans l'intervalle des douleurs et ajusté de nouveau au début de chacune d'elles. L'enfant est toujours vivant, et les diamètres du bassin sont suffisants pour lui donner passage, si toutefois le col venait à se dilater.

A six heures du soir, pas de résultats ; l'éther est suspendu.

Il y avait deux heures que le forceps était en place ; je priai le Dr Cowles de prendre les poignées pour que je pusse à loisir examiner les parties et voir si aucune pression anormale ne venait gêner le col. A ce moment, se produisit une douleur très vive, et le Dr Cowles opéra une traction en bas et en arrière. Ce fut alors que quelque chose se relâcha avec un craquement aigu, assez fort pour être entendu de tous les assistants.

Redoutant une rupture de l'utérus, je regardai la malade, elle n'avait pas bronché, sa contenance était bonne.

A partir de ce moment, le col se dilate vite, les douleurs continuent et la tête avance. On donne un drachme de vin d'ergot, et en 20 minutes on obtient un enfant vivant, avec de légères tractions de forceps, qu'on avait laissé en place, les conditions s'étant de la sorte tout d'un coup améliorées.

Lorsque la tête traversa l'excavation, il y eut quelques douleurs à la région du pubis. L'enfant pesait huit livres, la délivrance fut des plus simples, et on donna une dose complète d'ergot et d'opium. Durant la nuit, l'état resta bon.

Le lendemain, la malade se plaint d'une sensibilité exagérée vers la symphyse, mais pas de douleurs en dehors des pressions qu'on exerce à ce niveau. Les parties sont si gonflées et si tendres qu'on ne tente aucun examen et on donne un peu d'opium.

Bientôt apparaît de l'incontinence d'urine ; le pouls est rapide, la soif vive, mais jamais de symptômes de métrite ou de péritonite.

Quatre semaines après l'accident, la malade est éthérisée et examinée ; on trouve une séparation complète de la symphyse ; un intervalle de deux pouces sépare le bord articulaire du pubis droit d'avec le fibro-cartilage et les ligaments déchirés qui ont suivi le pubis gauche auquel ils adhèrent. La paroi antérieure de la vessie est déchirée et même le vestibule du vagin. Cette lésion du vestibule, jointe à la grosseur de l'urèthre, lequel admet très bien le doigt, permet d'explorer à fond et la symphyse et la vessie. La partie postérieure, le sommet et la base de la vessie sont intacts, de même le vagin ; cependant sa paroi postérieure paraît irritée par suite de la présence de l'urine échappée de la vessie,

le col est élevé, sain, de même l'utérus que l'on examine très aisément à la sonde sans le moindre accident.

Les bords du bassin, le promontoire et le sacrum sont soigneusement examinés et ne présentent rien d'anormal. Les diamètres sont évidemment changés et leur mesure est devenue incertaine.

Des accoucheurs prudents et expérimentés professeront sans doute qu'on ne doit jamais appliquer le forceps avant la dilatation complète du col, mais il est néanmoins bien difficile de trouver une connexion entre notre application de forceps et l'arrivée imprévue de l'accident. Ici, en effet, l'instrument ne glissa jamais ; sa situation sur la tête de l'enfant et ses rapports avec les os du bassin furent maintes fois et soigneusement examinés. Son application ne fut jamais modifiée et on n'essaya pas, du reste, de la changer de place ; l'ajustement des cuillers et de l'articulation fut soigneusement conservé, car il n'était pas possible d'en trouver de plus favorable. Le forceps ne fut ni tordu ni rompu, mais seulement retiré avec la tête de l'enfant, qu'il tenait engagée entre ses branches. Cette tête fut, du reste, examinée avec soin et montra une application des plus correctes.

On ne peut donc admettre une lésion quelconque des parties molles du bassin par le forceps. Quant à la lacération de la paroi antérieure de la vessie, elle doit être attribuée à l'action même du bord déchiré de la symphyse osseuse, peut-être pendant le passage de la tête. Le Dr Cowles m'assura, en outre, qu'au moment de la rupture, il n'avait pas mis la moindre vigueur inaccoutumée dans les tractions. C'est aussi ma propre impression ; confirmée par l'examen méticuleux de la tête de l'enfant au point de vue des marques, qui étaient insignifiantes. Du reste, au moment même, j'avais les doigts autour des cuillers, examinant, comme il a été dit, l'état du col, et je n'ai rien senti d'insolite dans la manœuvre de l'instrument.

Dans ces conditions, nous sommes en droit de penser que cette rupture fut causée par la pression de la tête fœtale sur la symphyse pendant le travail, soit que cette pression exagérée fût due aux vigoureux efforts expulsifs de l'utérus, soit qu'elle fût produite par les tractions du forceps, soit, enfin, qu'elle ait eu pour cause ces deux forces combinées. Du reste, il ne put être constaté que cette femme eût une exostose, une difformité ou une maladie quelconque du bassin ; du moins, notre examen ne produisit rien de semblable.

On me permettra une récapitulation :

Femme de 42 ans, primipare, bien conformée.

Rupture des eaux, 24 heures avant le début du travail. Tête fixée, pendant de nombreuses heures, au détroit supérieur ; col rigide, non dilaté.

Application du forceps. Au moment d'une contraction accompagnée d'une traction, il se produit une fracture de la symphyse, avec un fort craquement.

A partir de ce moment, le travail change d'aspect et est rapidement terminé.

La mère et l'enfant sont vivants. Ce dernier se porte bien ; quant à la mère, aujourd'hui (mois de juin), elle se promène un peu dans sa chambre et est en voie complète de guérison.

Quoique de nos jours la symphyséotomie, par la méthode de Sigault, soit une opération, pour bien des raisons, abandonnée, on peut se demander si, dans un cas semblable, où l'obstacle paraît venir d'une obstruction de la ceinture du bassin, il n'y aurait pas lieu de recourir à cette opération, de façon à terminer le travail cito, tuto et jucundè. Deux de ces conditions, sinon la troisième (tuto), furent remplies dans notre cas par la rupture accidentelle de la symphyse pubienne.

OBS. 46. — REMY (*Arch. de Tocologie*, 1889).

Femme 24 ans, tripaire, entre à la Maternité de Nancy, en travail depuis 9 heures le 15 juin 1885.

Bonne santé habituelle, les deux premières couches furent normales, mais les enfants sont morts.

A son entrée, dilatation presque complète, tête fœtale très élevée, poche des eaux intacte, utérus volumineux. Femme petite, squelette régulier, mais grêle. On rompt la poche des eaux en faisant fixer la tête, qui s'engage dans l'excavation, mais ne descend pas jusque sur le plancher. Malgré la régularité des contractions qui sont fortes, elle n'avance plus, et les battements fœtaux devenant plus sourds et plus faibles, on applique le forceps de Stoltz. Malgré de fortes tractions, la tête n'avance pas, lorsque tout à coup un craquement se produit qui est entendu par toute l'assistance, et l'opérateur a la sensation d'une résistance vaincue. L'extraction d'un enfant de 4,680 gr. est facile, le placenta pesait 1,000 gr., mais il fallut arrêter l'hémorrhagie qui s'était produite.

La tête de l'enfant ne portait aucune lésion. La femme accuse des douleurs à la pression au niveau de la symphyse pubienne et au niveau de la cuisse droite.

La température pendant la puerpéralité s'est élevée quelquefois à 39°,5 et 40°; l'état général est resté bon, le ventre souple et indolore. On a noté, après quelques jours de rétention d'urine, une incontinence plus marquée à certains jours, tandis que parfois la femme restait une journée entière sans se mouiller. Cet état de la miction dura plusieurs semaines et finit par disparaître. La douleur siégeait surtout à droite, la femme ne pouvait primitivement faire de mouvements ni prendre de repos. Au bout de 12 à 14 jours, elle peut se soulever et se coucher sur le côté gauche, et se remuer dans le lit avec moins de douleurs. On fixe le bassin avec un bandage de corps. Le mois de juillet se passe au lit; le 31 elle essaie de se lever sans permission, elle tombe sans pouvoir se relever; à partir de ce moment on l'assied dans un fauteuil.

Au toucher on ne constate aucune trace de cal de fracture. Le diagnostic porté fut: rupture de la symphyse pubienne et écartement au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite.

Cette femme acheva de se guérir dans un service de chirurgie où elle ne put marcher qu'au bout de 8 mois à l'aide de béquilles.

Le 29 janvier 1887, elle revient accoucher à la Maternité où elle met au monde

spontanément et facilement une fille de 3,900 gr. en O. I. G. A., en ressentant une vive douleur au niveau de la symphyse pubienne pendant le passage de la tête. Les suites de couches furent normales et la femme sortit le 15<sup>e</sup> jour.

OBS. 47. — SCHÖNBERG (*Norsk. Magaz. f. Læger.*, 1892, p. 889-902).

Primipare de 38 ans.

Mensurations extérieures du bassin :

|             |      |                    |
|-------------|------|--------------------|
| Sp. il..... | 22   | Bis-iliaque        |
| Cr. il..... | 26   | Bi-crête-iliaque.  |
| Tr.....     | 32   | Bi-trochantérien.  |
| D. B.....   | 19,5 | Diam. Baudelocque. |

Les diamètres intérieurs du bassin ne sont pas indiqués.

Arcade pubienne étroite, angle sous-pubien 40°. Application de forceps laborieuse, tractions répétées. Au moment d'une traction, les assistants perçurent un bruit de craquement.

Accouchement d'un enfant du sexe masculin pesant 4,000 gr. ; longueur 52 centim., circonférence de la tête : 37 centim.

Deux déchirures latérales du vagin ; à travers celle de droite, le doigt atteignait la branche ascendante de l'ischion.

L'éclatement de la symphyse fut découvert le soir même ; la déhiscence atteignait 1 centim.

Pendant les suites de couches, la température reste normale, sauf le 16<sup>e</sup>, le 17<sup>e</sup> et le 19<sup>e</sup> jour où elle monta le soir à 39° sans cause apparente.

Le 3<sup>e</sup> jour post-partum, la malade se plaignit de difficultés à mouvoir le membre inférieur droit et de douleurs pendant ces mouvements. On appliqua un bandage serré autour du bassin.

Le 29<sup>e</sup> jour, elle sort guérie. Les mouvements du membre inférieur ne sont plus douloureux ; la malade se tient même debout et peut sans difficulté parcourir une petite distance en marchant.

OBS. 48. — ELSCHLÄGER (*Centralblatt für Gynækologie*, 1893).

Femme primipare, 20 ans, éclampsique.

Tête transversale, forceps au détroit supérieur sans tractions énergiques.

Rupture de la symphyse, écartement de 3 centimètres ; la rupture, annoncée par un craquement, s'est faite au début de la rotation.

Enfant de 4,500 gr., fin de l'éclampsie, suite de couches normales, ceinture de cuir pour maintenir le bassin, si bien consolidé au bout de trois semaines, que la femme pouvait se lever et marcher sans difficulté, bien qu'à ce moment l'écart de la symphyse fût encore d'un centimètre.

β). — *Forceps. — Absès. — Guérison.* —

OBS. 49. — A. MARTIN. (*Centralblatt f. Gynäkologie*, 1880).

Multipare. Application de forceps, rupture de la symphyse pubienne. Celle-ci était devenue le siège d'un abcès dont le pus se fraya spontanément un chemin au dehors.

Martin ne fut appelé auprès de cette malade que plusieurs semaines après l'accouchement. Guérison après convalescence très longue.

Cette observation date de 1875, c'est-à-dire d'une époque où l'antisepsie était encore d'un usage peu répandu.

OBS. 50. — GULINSKY (*Centralbl. f. Gynækol.*, 1888, n° 30).

Primipare de 24 ans. Grossesse normale.

Petite poussée fébrile pendant le travail.

Bassin normal.

Forceps sur le sommet, à la partie inférieure de l'excavation pour contractions utérines insuffisantes.

Extraction très facile d'un fœtus à terme, mort.

Le lendemain, douleur dans la région de la symphyse et des articulations sacro-iliaques. Cette douleur est exaspérée par les mouvements et par la pression.

Après plusieurs jours, léger œdème de la région de la symphyse, sans fièvre.

Le 17<sup>e</sup> jour, frisson, fièvre; tuméfaction et rougeur de la région pubienne et de la grande lèvre droite; au palper, fluctuation. L'exploration de la symphyse, très douloureuse, y révèle une mobilité manifeste.

Ténésme vésical, douleurs pendant la miction.

Involution utérine normale.

Incision de la grande lèvre droite, évacuation d'une grande quantité de pus fétide, grattage de la cavité. Drainage, pansements antiseptiques.

Guérison complète en trois semaines.

Les douleurs persistent encore quelque temps dans l'articulation sacro-iliaque gauche, mais sans arriver à la suppuration.

OBS. 51. — HARAJERVICZ (*Wiener med. Blätter*, 1891, n° 8).

S. T..., 20 ans. Admise le 24 avril dans le service de gynécologie de Krakovie.

Trois semaines auparavant, elle était accouchée pour la première fois à la Maternité de la même ville (31 mars); sommet en 1<sup>re</sup> position. Bassin simplement

aplati (conjugué ext. 18 av.). Pour diminution des contractions utérines et perte de méconium, application de forceps dans la partie supérieure de l'excavation. Enfant vivant.

Le 14 avril, elle était sortie de la Maternité ; on nota à ce moment de la difficulté à la marche ; en même temps la femme se plaignait de douleurs dans le bas-ventre.

*État actuel* (24 avril). — Œdème léger des membres et de la face ; le ventre légèrement ballonné. Au-dessus de la symphyse une tuméfaction dure. On porte le diagnostic de : *Exsudatum parametricum post partum, anemia majoris gradus.*

Peu après il se forma dans la petite lèvre gauche un abcès qui s'ouvrit spontanément le 30 mars, donnant issue à 1/4 de livre de pus épais et puant. La sonde qu'on y introduit atteint le pubis dénudé et rugueux. Lavage de la cavité avec une solution phéniquée à 3 p. 100, pansement à la gaze iodoformée.

Le lendemain, le mont de Vénus est tuméfié et douloureux. La température monte à 39° ; frissons. Foyer de pneumonie à la base du lobe inférieur du poumon droit. La pneumonie cède complètement au bout de 12 jours, mais la température reste élevée (40° le soir, frissons). La tuméfaction du mont de Vénus n'a pas cédé ; on explore plus attentivement et on découvre une déhiscence des 2 pubis, qui atteint 3-4 cent. en avant et se termine en arrière en forme de coin. Ces deux os ne sont plus réunis en arrière que par des débris ligamenteux.

On porte alors le diagnostic de carie des pubis avec disjonction de la symphyse.

Comme malgré l'écoulement du pus la température ne tombait pas, et que d'autre part l'état général s'affaiblissait, j'entrepris le 25 mai de nettoyer ce foyer purulent. Entre les grandes et les petites lèvres gauches, incision de 8 cent. sur la partie la plus fluctuante de la tuméfaction. L'exploration digitale montre une symphyse disjointe en haut de 3-4 cent. ; en bas, les extrémités pubiennes sont encore rapprochées, en sorte que la déhiscence a la forme d'un coin à sommet dirigé en bas. A gauche un clapier rempli de pus épais même dans la région inguinale gauche ; un autre clapier plus vaste encore s'étend à droite. Si bien que je suis obligé de faire en dehors de la grande lèvre droite une contre-incision pour y passer un drain. Une troisième poche purulente est située derrière les pubis.

Curettage, avec une curette tranchante, des parties osseuses dénudées et des parois de l'abcès, lavage phéniqué à 5 p. 100. Drain de caoutchouc par l'incision et la contre-incision.

Tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée.

A partir de ce jour, le tableau clinique changea du tout au tout ; l'état général de la malade se releva rapidement ; la fièvre tomba définitivement.

Le 6 août, la malade put quitter l'hôpital complètement guérie. Entre ses pubis parfaitement solides on ne trouvait plus qu'un léger sillon. La marche était normale et ne causait plus aucune douleur.

5) CAS SUIVIS DE MORT.

OBS. 52. — RITGEN (*Siebold's Journal*, 1820, t. VI, p. 279).

Femme petite, dégénérée, 36 ans. Forceps.

A la première tentative de rotation la femme éprouve une douleur violente dans la symphyse et lorsque la tête arrive dans le milieu de l'excavation il se produit un craquement sourd. L'extraction s'acheva alors très facilement.

On pensa bien à la possibilité d'une rupture de la symphyse ; mais on n'en eut la certitude que par la difficulté qu'éprouva la femme à marcher lorsqu'elle voulut se lever ; puis apparut de l'œdème de la petite lèvre droite, œdème suivi bientôt de la formation d'un abcès qui s'ouvrit à l'entrée du vagin. On fit une contre-ouverture au-dessus du pubis et par ces deux orifices on passa un séton.

Mort 4 semaines après l'accouchement.

A L'AUTOPSIE : Sphacèle à la paroi vaginale antérieure ; l'abcès partant du clitoris traversait la symphyse ouverte et remontait jusqu'à un travers de main de l'ombilic ; il envoyait en outre des prolongements en tous sens. Pas de nécrose du pubis ; nécrose du fibro-cartilage.

La rupture de la symphyse s'est produite entre le fibro-cartilage et le pubis gauche ; l'écartement qui les sépare est de 3 lignes. Les diamètres du bassin ainsi entr'ouvert sont les suivants : au détroit supérieur : promonto-pubien, 3 pouces 6 lignes 1/2 ; transversal, 4 pouces 7 lignes. L'on ramène les parties rompues au contact, la diminution du premier de ces diamètres est à peine sensible, tandis que le deuxième est réduit de 2 lignes 1/2 ; une des articulations sacro-iliaques bâille en avant.

OBS. 53. — NAUGHTON (*Brooklyn med. J.*, 1890).

Femme de 33 ans, de taille moyenne, pleine de santé.

Travail commencé le 17 mars, à 4 heures du matin, le lendemain à midi la dilatation n'a fait aucun progrès ; on applique le forceps, malgré des tractions répétées, rien ne vint. Changement d'opérateur ; à la 2<sup>e</sup> traction, la tête se dégage ; à la 3<sup>e</sup>, on perçut un bruit que l'on supposa être dû au forceps dérapant. L'examen fait constater qu'il n'en est rien, mais que la tête est descendue.

On recommence les tractions, et on éprouve de nouveau la même sensation, il était impossible de dire si c'était un véritable craquement. Après la sortie de l'enfant il se fait une hémorrhagie ne paraissant pas venir de la source habituelle, aussi, en examinant les parties molles, le doigt s'enfonce-t-il dans une fente placée au niveau du cul-de-sac antérieur et indiquant la séparation

de l'arcade pubienne, l'écartement est de 2 cent.  $1/2$  et l'os paraît dénudé de son périoste.

Difficulté de trouver le méat urinaire, un cathéter placé dans l'urèthre le ramène à sa position normale.

Malgré les précautions antiseptiques prises, la malade meurt de péritonite le 9<sup>e</sup> jour.

OBS. 54. — HOFFMANN (*N. Zeitschrift f. Geburtskunde*, 1846, t. XX, p. 79).

Primipare de 35 ans, bien constituée.

Le sommet se présente au détroit supérieur en 1<sup>re</sup> position recouvert d'une volumineuse bosse séro-sanguine ; 7 heures après elle commençait à peine à descendre dans l'excavation. L'utérus était si tendu qu'on en craignait la rupture.

L'enfant était vivant ; on pensait qu'il était très volumineux car aucun rétrécissement n'expliquait cet arrêt de la tête dans l'excavation.

Application de forceps, 16 tractions amènent la tête au détroit inférieur ; à ce moment les assistants entendirent un craquement. L'extraction fut très difficile à achever sans léser les parties molles.

Enfant vivant, pesait 11 livres  $1/2$ , mesurait 20 pouces. Diamètres de la tête fœtale : oblique 8 lignes  $1/2$ , antéro-postérieur 7 lignes, transverse 5 lignes  $1/2$ .

Après l'accouchement, hémorrhagie venant d'une déchirure de la paroi vaginale antérieure ; elle fut arrêtée par le tamponnement.

Quelques heures après, douleurs violentes dans les hanches et les cuisses ; impossibilité de se mouvoir. Rétention d'urine puis, incontinence, lorsque la femme était assise dans son lit.

Métrite, fièvre, frisson.

Mort le 18<sup>e</sup> jour.

AUTOPSIE. — Rupture de la symphyse pubienne avec écartement des pubis de 1 pouce  $1/2$ . Du pus dans l'intervalle. Déchirure de l'urèthre, déchirure de la paroi vaginale antérieure sur une longueur de  $3/4$  de pouce. Grande mobilité des articulations sacro-iliaques.

## 2<sup>o</sup> Rétrécissements du bassin.

### a) CAS SUIVIS DE GUÉRISON.

OBS. 55. — PAULLI (*Gyn. og. Obstetr. Meddelelser*, t. III, fasc. I, relaté dans *Centralbl. Gyn.*, 1880, p. 559).

Primipare de 26 ans. Bassin généralement rétréci.

Après un travail de plusieurs jours le sommet était encore fixé, fléchi au détroit supérieur, portant une bosse séro-sanguine volumineuse. — En raison de l'altération des bruits du cœur fœtal et de l'épuisement de la parturiente, application sous chloroforme du forceps Tarnier, modifié par Mathieu. Après une traction vers en bas, énergique et soutenue pendant 3 ou 4 minutes, soudain, on entendit un court craquement qui fut suivi de la descente de la tête dans l'excavation.

L'accouchement est terminé par le forceps ordinaire.

Aussitôt après on découvre derrière le clitoris, une déchirure semi-lunaire à travers laquelle le doigt pénétrait dans le tissu cellulaire prévésical, puis dans la symphyse disjointe. Les surfaces séparées étaient rugueuses.

Traitement antiseptique. — Autour du bassin, au-dessus des grands trochanters, application d'un bandage élastique.

La guérison fut longue et retardée par différentes complications indépendantes de la rupture.

4 mois après l'accouchement la malade sortit guérie. Sa démarche était parfaite.

Les deux pubis restèrent distants de 1 centimètre, mais sans persistance de mobilité.

OBS. 56. — FAUX DE FIGEAC (*Journal de médecine de Paris*, 1888).

Le dimanche, 18 décembre 1887, à 10 h. 1/2 du matin, je suis appelé auprès de M<sup>lle</sup> Marie M..., primipare, âgée de 25 ans, qui était en douleur depuis deux jours et une nuit. Elle avait auprès d'elle une sage-femme qui, voyant que le col était entièrement dilaté et que l'accouchement ne pouvait avoir lieu depuis plusieurs heures, eut recours à moi. Après m'être entouré de tous les renseignements nécessaires, la jeune fille étant à terme, je pratiquai le toucher et je constatai :

1° Le col est entièrement dilaté, mais fortement œdématié sur tout son pourtour.

2° La présentation est occipito-iliaque droite postérieure et n'a rien de particulier à signaler. En introduisant la main, j'éprouve une certaine difficulté à faire pénétrer l'index et le médius, soit droit, soit gauche, de chaque côté ; cette difficulté me fait prévoir un rétrécissement.

La jeune fille, quoique légèrement boiteuse de la jambe droite, n'offre rien de caractéristique à signaler dans l'examen ni dans la conformation extérieure du bassin. Ce n'est qu'en pratiquant le toucher qu'on peut penser à un rétrécissement du diamètre coccy-sous-pubien.

La poche des eaux n'est pas encore rompue ; cela fait, je me mets en mesure d'appliquer le Tarnier.

L'introduction des deux branches se fait avec difficulté, vu l'étroitesse dont

je viens de parler, mais une fois faite je puis articuler très facilement. L'index situé à la partie inférieure et qui sert à mesurer le diamètre de la tête, m'indique qu'elle est bien saisie et qu'elle a un volume normal.

Je me mets aussitôt à faire des tractions lentes, interrompues par intervalles, sans violences, qui ont duré près d'une heure. La tête descend peu à peu mais avec beaucoup de difficulté. Au moment où la tête va se trouver sur le plancher périnéal, je sens un léger craquement d'une façon très nette. Le forceps Tarnier dérape et pour terminer au plus tôt l'accouchement je fais une nouvelle application, cette fois avec le forceps Pajot. Je l'articule sans la moindre difficulté et je recommence les tractions toujours lentes et interrompues. Au moment où la tête franchit, je sens de nouveau le craquement que j'avais entendu tout d'abord. Mais je ne puis me rendre compte aussitôt de ce qui venait de se passer, car la jeune fille est prise d'hémorrhagie. Je la délivre aussitôt en introduisant la main avec beaucoup de difficulté. Le fœtus arrive (sexe masculin) étant mort; ceci n'avait rien d'étonnant et ne devait pas être le résultat de manœuvres, car la durée des douleurs, depuis 48 heures, suffit à expliquer la mort. L'hémorrhagie continue, le poulx devient imperceptible : sueurs froides, évanouissement.

Je malaxe l'utérus fortement. Après 7 ou 8 minutes, l'hémorrhagie paraît se calmer, et grâce à une potion à l'ergotine 5 gr. et eau 120 gr., elle prend fin; à ce moment il était midi un quart.

18 décembre, 1 h. 1/2. L'hémorrhagie est entièrement arrêtée. Poulx très petit. Potion au rhum.

Le 18, 6 heures du soir. Le poulx n'est pas si petit. La malade est calme. J'examine le ventre, il n'est pas très douloureux, pas de ballonnement, peu d'urine dans la vessie à la percussion. Elle ne se plaint d'aucune douleur. Je fais un lavage à l'acide phénique. Solution : 10 gr. pour 1000 avec 500 gr. de glycérine.

Le 19, 8 heures du matin. La nuit a été bonne, elle a reposé et n'éprouve pas de douleurs. Le ventre n'est ni douloureux, ni ballonné, elle n'a pas uriné et je suis obligé de la sonder après avoir préalablement fait le lavage avec la solution phéniquée. Je cherche à introduire la sonde en me guidant sur le médius. En introduisant le médius, je trouve alors la fracture de la symphyse pubienne; je constate un chevauchement évident des fragments qui donne lieu à une certaine douleur. Entre la symphyse pubienne et l'orifice vésical il existe un certain vide; les parties sont œdématisées et contusionnées. J'arrive ensuite, avec beaucoup de difficulté, à introduire la sonde dans la vessie et une assez grande quantité d'urine s'écoule. Immédiatement alors mon esprit a le souvenir et la conscience de ces deux craquements que j'avais perçus dans l'accouchement. Je dois signaler qu'aucune traction violente n'avait été faite; les tractions avaient été lentes et interrompues. Une fracture de la symphyse pubienne s'était produite dans l'accouchement. De quelle façon?

Le forceps avait été introduit avec assez de facilité sans aucune trace de violence.

Grâce au forceps Tarnier on peut suivre toutes les phases en suivant les index, et voudrait-on même produire une fracture qu'on ne le pourrait ! Dans le rétrécissement coccy-sous-pubien peut-être ? Encore devrait-il être très prononcé, et dans ce cas on pourrait en rendre compte assez facilement, ne serait-ce que par la difficulté de l'introduction du forceps. Dans mon cas, le coccyx, qu'on voit généralement céder dans les interventions, n'a été pour rien en cause.

La fracture de la symphyse pubienne est nette et évidente : un de mes confrères, auquel j'ai fait part de ce cas rare, le docteur Charpentier, a bien voulu la constater et a déclaré qu'il y avait fracture.

Jusqu'à ce jour, je n'ai pas trouvé de cas analogue à celui-là, et dans tous les traités que j'ai pu consulter je n'ai rien vu de semblable. Voudrait-on le produire qu'on ne le pourrait. C'est ce qui rend cette observation intéressante. Je dois aussi ajouter que grâce aux lavages antiseptiques que j'ai faits moi-même, matin et soir, la malade a complètement guéri.

Le 19, soir, 37°, 7 ; pouls, 96.

Le 20, matin, 37°, 9 ; pouls, 98 ; elle urine seule.

Le 21, matin, 37°, 8 ; pouls, 92 ; soir, 38°, 9 ; pouls 100.

Le 22, matin, 38°, 4 ; pouls, 116.

Je fais un lavage avec une solution au sulfate de cuivre. Je donne trois cachets de sulfate de quinine de 20 centigr. chacun.

Le 22, soir, 38°, 3 ; pouls, 130.

Le 23, matin, 38°, 1 ; pouls, 112 ; soir, 37°, 9 ; pouls, 130.

Le 24, matin, 38°, 3 ; pouls, 112.

La malade n'a pas uriné. Je la sonde et je fais un lavage à la solution phéniquée. La malade s'est plainte de douleurs cuisantes produites par la solution au sulfate de cuivre.

En introduisant la canule au-dessous de la symphyse pubienne, elle pénètre près de 4 centimètres. J'injecte environ un verre de la solution et rien ne ressort. Le soir, elle a uriné seule, et dans l'urine on trouve des débris d'épithélium avec mucosités sanguinolentes.

Le 25, soir, 36°, 6 ; pouls, 98.

Depuis elle urine seule.

Le 26, matin, 37°, 6 ; pouls, 100. On supprime la quinine, soir, 37°, 8 ; pouls, 98.

Le 27, matin, 37°, 9 ; pouls, 100. Soir, 38°, 1 ; pouls, 104.

Le 28, matin, 38°, 5 ; pouls, 90.

Je commence à l'alimenter.

Depuis cette époque, rien à signaler. Je place un bandage contentif avec du collodion sur toute l'arcade pubienne, et l'accouchée peut se lever pour la première fois le 3 février.

Le 7 février, son bien-être est complet et elle rentre dans sa famille.

OBS. 57. — LOISLING (*Norsk. Magaz. for Lægeridenskaber*, 1892, p. 1465-67).

Primipare de 33 ans. Application de forceps. Fœtus très volumineux, macéré. On ne remarque la rupture de la symphyse que huit jours après l'accouchement. Bandage, glace, guérison en 10 semaines.

Deux accouchements ultérieurs normaux, ainsi que les suites de couches.

Le bassin paraissait rétréci transversalement au détroit inférieur.

OBS. 58. — BRAUN VON FERNWALD (*Archiv. f. Gynäkologie*, 1894, t. XLVII).

IVpare de 26 ans. Fleuriste.

*Antécédents.* — Depuis l'âge de 15 ans, la malade éprouve de la difficulté à marcher, mais sans douleur aucune, ni dans le bassin, ni dans les membres. Elle mit ce fait sur le compte de sa vie sédentaire.

1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> enfants à 20, 21 et 22 ans.

Accouchements normaux.

Pendant chacune de ces grossesses et après chaque accouchement, elle vit son impotence augmenter.

*État actuel.* — Femme petite, grêle, bassin aplati.

Diamètres : 27, 29 1/2, 18 1/2, 11, 9 1/2.

Présentation du sommet, 2<sup>e</sup> position.

Premières douleurs, le 17 octobre 1893, à une heure du matin.

Rupture spontanée des membranes, le même jour, à 11 heures du matin.

Comme l'enfant souffrait, à 5 heures 1/2, à la dilatation complète, application de forceps au détroit supérieur.

Tractions énergiques, mais non exagérées ; au moment où la tête s'engage dans l'excavation, on perçoit nettement un craquement qui se reproduit une seconde fois pendant la fin de l'extraction. Cette extraction se termine sans qu'on soit obligé de déployer aucune violence. Rupture d'une varice vulvaire ; l'hémorrhagie ne put être arrêtée qu'au moyen de cinq points de sutures circulaires.

Enfant vivant : 3,400 gr., 52 cent. de long.

Délivrance naturelle, une demi-heure après l'accouchement.

La malade ayant été chloroformée, nous ne fûmes pas avertis de la rupture par la douleur ; mais, après l'accouchement, il était facile de saisir à travers le mont de Vénus et mieux encore par le vagin les deux extrémités pubiennes distantes d'environ 2 centimètres. En comprimant le bassin, on amenait ces deux extrémités au contact ; quant à la mobilité verticale, elle était peu accentuée.

A son réveil, la malade accusa de la douleur au niveau de la symphyse, pendant les mouvements passifs des cuisses sur le bassin.

Application d'un bandage plâtré serré autour du bassin.

Le premier jour, la malade dut être sondée ; puis elle urina seule.

Pendant les suites de couches, jamais elle n'éprouva de douleurs dans la symphyse, ni dans les membres inférieurs. État général parfait.

Le 15<sup>e</sup> jour, ablation du bandage plâtré ; la malade fut mise debout à titre d'essai et on put constater une réunion parfaite des deux extrémités pubiennes. Pendant la marche, la mobilité de la symphyse fut trouvée telle qu'elle est habituellement chez les multipares.

Le 21<sup>e</sup> jour, la malade se leva ; elle quitta le service d'accouchement le 24<sup>e</sup> jour.

Trois semaines après (1<sup>er</sup> décembre), elle revint nous trouver. La démarche était parfaite ; la malade disait même que, depuis l'âge de 17 ans, elle n'avait jamais aussi bien marché que maintenant.

b) CAS SUIVIS DE MORT

OBS. 59. — DESGRANGES (*J. de médecine*, 1786, n° 68, p. 65).

« Unde nos confrères, bon accoucheur, fut appelé pour secourir une femme qui, depuis deux jours, était dans les douleurs d'un premier enfantement ; les forces s'affaiblissaient, et la tête de l'enfant, bien tombée dans la cavité du petit bassin, n'avancait plus : il la saisit avec le forceps, mais dans le moment où l'un et l'autre passèrent sous l'arcade des os pubis, leur symphyse s'éclata et ils s'écartèrent de plus de vingt lignes... La malade mourut le 6<sup>e</sup> jour. L'ouverture du cadavre découvrit les mêmes désordres que ceux observés chez la femme Vespres. Le bassin, qui est actuellement sous nos yeux, est petit, mais régulier. On ne trouve, d'une tubérosité à l'autre, que deux pouces dix lignes, et c'est là le diamètre le plus vicié. La tête de l'enfant, qui vit encore, était petite, souple, et proportionnée, en quelque sorte, à l'espace qu'il devait parcourir. »

OBS. 60. — Cas de PAPA VOINE (*J. des progrès des Sc. et Inst. méd.*, 1828).

Femme de 36 ans, multipare ; à la suite d'un accident, fractures multiples du bassin, d'où difformités osseuses définitives. Sixième couche extrêmement laborieuse ; sommet ; forceps. Tractions exercées avec violence. Déchirures, contusions, hémorrhagies, etc. ; fracture des symphyses. Mort le 4<sup>e</sup> jour de péritonite suraiguë. A l'autopsie, bassin déformé par d'anciennes lésions osseuses, type oblique ovalaire. Déchirure de la vulve jusqu'à la symphyse, écartement d'un pouce et demi ; urèthre et vessie intacts.

OBS. 61. — ULSAMER (*N. Zeitschr. f. Geburtskunde*. Berlin, 1835, p. 217).

K. B..., 32 ans.

Pas de maladie antérieure à noter, sauf rougeole à l'âge de 6 ans et demi.

Réglée à 18 ans, régulièrement.

A l'âge de 29 ans, fit une chute sur le côté, qui l'obligea à garder le lit pendant 10 semaines.

Nous apprîmes que, depuis cette époque, la malade avait fait une fausse couche qui s'accompagna de violentes douleurs et d'une hémorrhagie considérable. Elle dut rester au lit pendant très longtemps, souffrant de douleurs violentes dans le bassin et étant dans l'impossibilité de marcher. Peu à peu, elle se rétablit, mais incomplètement, et sa démarche particulière nous a frappés dès son entrée dans l'établissement.

Dernières règles le 24 mars 1833.

La première moitié de la grossesse s'accompagne de lassitude, vomissements. Tendances syncopales.

Tous ces accidents disparurent, mais quelque temps après la malade fut reprise de douleurs dans le côté gauche, telles qu'elle en avait éprouvé après sa chute, douleurs s'irradiant jusque dans le bassin.

Une huitaine de jours après (25 novembre), elle est admise à l'hôpital. Fond de l'utérus au-dessus de l'ombilic, longueur du col un demi-pouce. Le bassin est rétréci au niveau de son détroit inférieur, l'arcade pubienne est très étroite; mais on ne put atteindre le promontoire, bien que plus tard avec le compas d'épaisseur on reconnût que le diamètre antéro-post. mesurait à peine 3 pouces et demi.

On diagnostiqua : bassin généralement rétréci et, en raison de la disproportion entre ce bassin et la tête fœtale, on discuta l'éventualité d'un accouchement provoqué pour sauver l'enfant et éviter à la mère une intervention pénible. Mais l'état général étant trop mauvais, on doit y renoncer et soigner la femme médicalement.

Peu à peu son état s'améliora, mais le moment propice pour provoquer l'accouchement était passé; il n'y avait plus qu'à laisser évoluer la grossesse. Premières douleurs le 11 janvier 1834. Col effacé, légèrement dilaté, on n'atteint pas de partie fœtale.

Le 12 janvier, à 11 heures du soir, les douleurs deviennent violentes; la dilatation a augmenté; à travers la poche des eaux on sent la tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Le 13 janvier, à 7 heures du matin, rupture artificielle des membranes; la tête ne se fixe au détroit supérieure qu'à 10 heures du matin, mais malgré les violentes contractions utérines et malgré les pressions exercées par l'abdomen, elle n'avance pas.

A 1 heure de l'après-midi, bien que le col ne fût pas complètement effacé du côté droit, de peur d'une rupture utérine, on fait une application de forceps. L'occiput étant à gauche, la branche gauche est d'abord placée sans difficulté; puis la branche droite moins facilement; il est assez difficile d'articuler. Comme le sommet est très élevé, les tractions sont dirigées par en bas. Rien ne bouge d'abord; mais subitement, à la 4<sup>e</sup> traction, on perçoit un craquement dans le bassin. Aussitôt l'enfant est extrait facilement.

Délivrance peu après, suivie d'une hémorrhagie assez abondante.

On place la malade dans le décubitus latéral droit; mais dans la nuit cette position est rendue intolérable par des douleurs dans l'articulation sacro-iliaque gauche et le pubis; on la place alors dans le décubitus dorsal.

Pendant les trois premiers jours, état général mauvais, délire, lochies fétides,

rétention d'urine, affaïssement général. Le 4<sup>e</sup> jour, l'état général s'améliore, les symptômes semblent se localiser sur la symphyse et l'articulation sacro-iliaque droite.

Le 7<sup>e</sup> jour, application d'une ceinture pelvienne faite au moyen de serviettes. Les membres inférieurs sont croisés l'un sur l'autre et attachés ainsi.

La malade ne se plaint pas de cette position.

Le 9<sup>e</sup> jour, œdème considérable des grandes lèvres.

Dans la nuit, délire, convulsions.

Le 10<sup>e</sup> jour, par le toucher vaginal, on confirme le diagnostic de rupture de la symphyse, qu'on n'avait fait que soupçonner jusqu'alors. En effet, le doigt, par une déchirure de la paroi vaginale antérieure, pénètre entre les deux symphyses distantes l'une de l'autre.

On ne sait si cette ouverture vaginale a été causée par le forceps ou si elle a été produite secondairement.

État général de plus en plus mauvais. Mort le 16<sup>e</sup> jour.

AUTOPSIE. — Les deux extrémités pubiennes sont distantes de 1/2 pouce ; tout autour de la symphyse un cloaque purulent d'odeur infecte. L'appareil cartilagineux et ligamenteux de la symphyse est presque complètement détruit, le pubis droit complètement dénudé.

Relâchement des 2 articulations sacro-iliaques.

*Mensuration du bassin :*

Détroit supérieur :

|                                 |                |                    |
|---------------------------------|----------------|--------------------|
| Diamètre antéro-postérieur..... | 3 pouces 1/2   | 3 pouces 7 lignes. |
| — transversal.....              | 4 p. 10 lignes | 5 —                |
| — obliques.....                 | 4 pouces 1/2   | 4 — 3/4.           |

Excavation (milieu du sacrum) :

|                                |              |               |
|--------------------------------|--------------|---------------|
| Détroit antéro-postérieur..... | 4 pouces 1/2 | 4 pouces 1/2. |
| — transverse.....              | 4 — 1/2      | 4 — 5 lignes. |

Pointe du sacrum à la partie

inférieure des symphyses.... 4 pouces 4 pouces.

Bi-iliatique..... 3 — 3 — 1/2.

Détroit inférieur :

|                                 |              |               |
|---------------------------------|--------------|---------------|
| Diamètre antéro-postérieur..... | 3 pouces 1/2 | 3 pouces 1/2. |
| — transverse.....               | 3 —          | 3 — 2 lignes. |

Diamètres obliques :

I. Coccyx, bord gauche au mi-

lieu de l'ischion gauche... 2 pouces 2 pouces 1/2.

II. Idem à droite..... 2 — 1/2 2 — 5 lignes.

Distance du promontoire à la pointe du coccyx, en ligne

droite..... 3 pouces 1/4.

Hauteur de la symphyse pubienne..... 1 — 3/4.

Angle sous-pubien..... 45° à peine.

OBS. 62. — ULSAMER (*N. Zeitschr. j. Geb.*, 1835, p. 214).

II pare de 32 ans. Le premier accouchement avait été normal, bien que le bassin fût généralement rétréci.

Forceps dans l'excavation, 10 tractions, enfant vivant. Durée totale du travail, 28 heures. Après l'accouchement, douleurs dans la moitié gauche du bassin ; impossibilité de faire le moindre mouvement.

Le lendemain les douleurs augmentent, on reconnaît un écartement de la symphyse de 1 doigt.

Mort le 27<sup>e</sup> jour.

AUTOPSIE. — La symphyse pubienne est complètement disjointe ; l'écartement est de 2, 3 lignes, destruction du cartilage et même du ligament arqué.

L'articulation sacro-iliaque gauche est rompue et suppurée.

Diamètres du détroit supérieur :

|                        |   |        |     |
|------------------------|---|--------|-----|
| Antéro-postérieur..... | 3 | pouces | 1/2 |
| Oblique.....           | 4 | —      | 1/2 |
| Transverse.....        | 4 | —      | 1/2 |

Diamètres de l'excavation :

|                  |   |        |           |
|------------------|---|--------|-----------|
| Antéro-post..... | 4 | pouces | 3 lignes. |
| Transverse.....  | 4 | 3/4    | pouces.   |

Diamètre du détroit inférieur :

|                                     |   |         |           |
|-------------------------------------|---|---------|-----------|
| Antéro-post.....                    | 2 | 3/4     | pouces.   |
| Transverse.....                     | 3 | pouces. |           |
| Hauteur du bassin.....              | 6 | pouces  | 1/2.      |
| Corde de l'arc sacro-coccygien..... | 4 | pouces. |           |
| Hauteur de la symphyse.....         | 1 | pouce   | 4 lignes. |
| Hauteur de l'arcade pubienne.....   | 2 | pouces. |           |

OBS. 63. — DANYAU (*Journ. de Chirurgie de Malgaigne*, 1845).

La nommée C..., 39 ans, primipare, entre à la Maternité le 21 octobre 1843, à 11 heures du soir, à terme et en travail, mais les contractions utérines étaient excessivement faibles et éloignées. — Dilatation à peine commencée. Membranes entières ; le sommet se présentait en état médiocrement engagé.

La nuit n'apporte aucune modification à son état.

Le 22, à 7 heures du matin, on examine cette femme plus attentivement, on remarque plusieurs cicatrices profondes à la partie supéro-externe de la cuisse gauche et une immobilité à peu près complète de l'articulation coxo-fémorale. On apprend alors qu'à l'âge de 10 ans, elle avait éprouvé tous les symptômes d'une coxalgie, les abcès se seraient formés en dehors de l'articulation, s'étaient ouverts, et avaient fini par se cicatriser. Depuis sa santé s'était rétablie, mais le fémur gauche (par suite d'une atrophie assez commune avec les coxalgies guéries)

était resté plus court. Cette femme boitait donc, mais à part l'ankylose, la claudication et les cicatrices de la partie supérieure et externe de la cuisse, elle n'offrait aucune marque ancienne ou récente de la maladie.

Le squelette ne présente aucune trace de réduction. Taille 1 m. 56. Embonpoint assez considérable. Chair faible, menstruation toujours parfaitement régulière depuis l'âge de 15 ans. Les règles manquaient depuis janvier seulement.

On dut examiner le bassin avec plus d'attention que la veille au soir, l'angle sacro-vertébral était inaccessible mais la paroi latérale gauche de l'excavation paraît un peu plus plane que dans l'état normal. De ce côté, le doigt glissait moins facilement entre la tête et le bassin.

Le travail marcha assez lentement pendant toute la journée ; à cinq heures les membranes se rompirent, à six heures la dilatation était complète, à sept heures la tête franchit l'orifice, descendit un peu et resta oblique et assez inclinée pour qu'on pût sentir facilement la partie supérieure du pavillon de l'oreille. Elle s'avança encore un peu jusqu'à huit heures et pendant les deux heures qui suivirent ne fit aucun progrès, les douleurs s'étant sensiblement ralenties ; les pulsations fœtales, à 124 par minute comme avant la rupture des membranes, n'avaient subi aucune modification sous le rapport de la force et de la régularité, mais le méconium s'écoulait en assez grande quantité, et M<sup>me</sup> Charrier, sage-femme en chef, pensa avec raison que l'application de forceps était indiquée. Elle y procéda à dix heures, introduisit sans peine l'une et l'autre branches, mais ne put parvenir à les articuler. Elle n'insista pas, retira le forceps, fit mettre la femme au bain et, pendant ce temps-là, nous envoya chercher M. Dubois, chirurgien, professeur en chef, et moi. M. Dubois n'ayant pu se rendre à la Maternité, j'y arrivai seul vers minuit. Après une première introduction de forceps dans laquelle les branches trop directement en rapport avec les côtés du bassin ne purent être articulées, je retirai sans plus hésiter l'instrument. Je le réintroduisis aussitôt, et plaçant les branches le plus obliquement possible, l'une en avant, l'autre en arrière, j'y parvins avec une facilité à laquelle je ne m'étais pas attendu, qu'on n'éprouve pas, à beaucoup près, au même degré dans les bassins régulièrement conformés et qui s'explique par la forme particulière de celui de cette femme ; avec plus de facilité encore j'en opérâmes l'articulation. Quelques tractions méthodiques suffirent pour entraîner la tête. L'enfant, un peu étonné d'abord, fut promptement ranimé et a continué de vivre ; il pesait 2,500 grammes. La tête, d'une solidité ordinaire, était très allongée dans la direction de ses diamètres oblique et longitudinal (0<sup>m</sup>,15-0<sup>m</sup>,118), rétrécie dans le bipariétal (0<sup>m</sup>,083) et le sous-occipito-bregmatique (0<sup>m</sup>,091).

La délivrance fut naturelle. La malade fut recouchée en assez bon état, mais dès le lendemain 23 elle fut prise de frissons, bientôt suivis du développement de la fièvre puerpérale épidémique qui régnait alors à l'hospice et qui l'enleva cinquante-cinq heures après l'accouchement.

AUTOPSIE. — Une sérosité louche sans mélange de pus et de fausses membranes existe dans la cavité du péritoine. Intestins légèrement météorisés. Utérus peu rétracté couvert à sa face interne d'un enduit blanchâtre fétide.

Point de pus dans les parois utérines, la vessie ou les vaisseaux lymphatiques.

*Rupture de la symphyse pubienne.* — Les deux côtés sont écartés l'un de l'autre d'un centimètre, le cartilage est complètement détaché à gauche, encore un peu adhérent à droite. Liquide brunâtre entre le pubis et dans le tissu cellulaire situé derrière ces os ; même liquide dans le tissu cellulaire situé au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite, dont la partie antérieure est écartée de manière à offrir 5 millimètres d'intervalle entre le sacrum et l'os iliaque. Toutes les parties molles qui entourent l'articulation coxo-fémorale, celles qui recouvrent les fosses iliaques interne et externe du côté gauche, en particulier le muscle iliaque et psoas jusqu'à la hauteur de la 4<sup>e</sup> vertèbre lombaire, sont converties en un tissu blanc fibreux d'une densité extrême, difficile à couper et criant sous le scalpel.

Le bassin n'avait encore été débarrassé que d'une portion de parties molles, que déjà nous avons reconnu à nouveau le bassin oblique ovalaire avec ankylose de la symphyse sacro-iliaque gauche. Ce bassin a été préparé à l'amphithéâtre de Clamart où il est actuellement conservé.

L'ovale formé par le détroit supérieur a sa grosse extrémité en avant et à droite, la petite en arrière et à gauche :

|                                          |       |
|------------------------------------------|-------|
| Diamètre sacro-pubien.....               | 0.112 |
| — transverse.....                        | 0.112 |
| Distance sacro-cotyloïdienne gauche..... | 0.065 |
| — — — droite.....                        | 0.088 |

La ligne menée du milieu de la surface articulaire du sacrum directement en avant, coupe le pubis gauche à 0,022 de la symphyse pubienne.

Détroit inférieur :

|                                             |       |
|---------------------------------------------|-------|
| Diamètre sacro-sous-pubien.....             | 0.127 |
| — bi-sciatique.....                         | 0.100 |
| Largeur de l'arcade pubienne à sa base..... | 0.072 |

J'ajouterai que la région lombaire de la colonne vertébrale offrait une légère convexité à droite et en même temps une torsion qui faisait que la partie antérieure regardait à gauche.

Nous n'avons pas reconnu, nous n'avons même pas soupçonné au moment de l'accouchement l'existence du bassin oblique ovalaire, nous n'avons pas été sous ce rapport plus heureux que les autres accoucheurs. Cette viciation n'a jamais encore été diagnostiquée sur le vivant. Nous ne pouvons méconnaître une déformation du bassin, mais l'existence même d'une maladie antérieure des os éloignait de notre esprit la pensée du rétrécissement oblique avec ankylose, précisément parce que nous avons toujours cru avec Nægelé que le bassin oblique ovalaire était un vice originel de conformation et non un produit de maladie. Avec d'autres idées notre attention serait éveillée maintenant sur la possibilité d'une coïncidence, je dirais presque d'une conséquence que nous n'aurions pas autrefois soupçonnée.

Or qui pourrait nier l'importance extrême que présente ici le diagnostic? Qu'on songe aux suites presque constamment funestes de l'accouchement dans le cas de bassin oblique ovalaire. Nous n'avons pas été plus heureux que ceux qui ont eu à lutter avec les difficultés inhérentes à ce vice de conformation. L'enfant, il est vrai, a vécu, mais la mère a succombé. Si la fièvre puerpérale épidémique ne l'avait pas enlevée, sa vie eût été singulièrement compromise par la déchirure des symphyses pubienne et sacro-iliaque droite. Je ne puis encore me rendre raison de cette grave lésion; ni Mme Charrier, ni moi, n'avions un instant insisté sur ces articulations qui, dans une certaine position des branches était impossible, et quant à la dernière manœuvre par laquelle l'accouchement fut terminé, il est rare de rencontrer un cas dans lequel le placement des cuillers, l'articulation des branches et l'extraction de la tête offrent moins de difficulté et exigent moins d'efforts.

OBS. 64. — HOWITZ, de Saint-Petersbourg (DEPAUL. *Bull. Acad. de méd.*, 1880, n° 32).

Une primipare âgée de 30 ans raconte qu'elle avait été constamment souffrante jusqu'à l'âge de 17 ans; mais les renseignements qu'elle donne sont vagues et il est impossible de savoir de quoi il s'agissait.

Enceinte et arrivée au terme de sa grossesse, le travail durait depuis vingt et une heures quinze minutes lorsqu'on crut une application de forceps nécessaire. Elle fut faite sans difficulté sur la tête qui était arrêtée au détroit inférieur. Elle donna lieu à la déchirure du périnée.

Quelques jours après la terminaison de l'accouchement, des douleurs vives surviennent dans le bassin et les membres inférieurs. La température s'élève rapidement à 38°,85 et le pouls à 140. La respiration était à 38. L'état empira et la mort s'ensuivit.

A l'autopsie on constata la déchirure de toutes les symphyses pelviennes. A la symphyse pubienne l'écartement entre les surfaces articulaires est au moins de deux travers de doigt. La mensuration de ce bassin a été faite avec soin et voici l'étendue des principaux diamètres. Bassin cyphotique :

|                                                  |            |
|--------------------------------------------------|------------|
| Largeur du sacrum.....                           | 80 millim. |
| D'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre. | 240 —      |
| D'un crête iliaque à l'autre.....                | 285 —      |
| Diamètre transverse du détroit supérieur....     | 120 —      |
| L'oblique droit.....                             | 115 —      |
| L'oblique gauche.....                            | 118 —      |
| Entre tubérosités sciatiques.....                | 91 —       |

OBS. 65. — HECKER (*Klinik für Geburtskunde* de Leipzig, 1880).

Bassin irrégulier et ostéomalacie au plus haut degré, rétrécissement unilatéral.

Application de forceps, lésions nombreuses, déchirures des cartilages et de la symphyse ; mort le 17<sup>e</sup> jour de couches.

Femme de 31 ans, multipare, qui entre à la polyclinique, le 19 octobre, pour accoucher. Son état est si déplorable qu'on songe aussitôt à une maladie constitutionnelle, à une cachexie très avancée. Amaigrissement extrême, figure pâle, yeux excavés, voix faible, œdème des jambes, etc...

Les membres inférieurs sont tenus repliés sur le ventre, dans une immobilité complète, et on ne peut les remuer sans provoquer de fortes douleurs. L'examen de la poitrine dénote de graves lésions internes ; effectivement, il y a un an que cette femme est malade et trois mois qu'elle ne quitte pas le lit.

Telles sont les conditions dans lesquelles sa grossesse est arrivée à terme ; quant à l'enfant, il est très probablement mort depuis plusieurs jours.

Les épines iliaques antéro-supérieures présentent un rapprochement inaccoutumé.

L'examen interne du bassin ne peut donner tous les résultats attendus, à cause des difficultés que l'on trouve à le pratiquer, surtout de la part des jambes qui se refusent à tout mouvement.

On peut néanmoins constater que le bassin est vicié et irrégulier : l'arcade pubienne est transformée en un angle très aigu, et les ischions sont rapprochés ; le promontoire est facilement accessible.

D'autre part, cette femme avait déjà accouché deux fois d'enfants vivants et sans les secours de l'art, dans le temps normal ; la dernière couche remonte à plus de deux ans.

Dans ces conditions, on ne pouvait douter de la nature des malformations pelviennes qu'elle présente actuellement. On dut admettre une ostéomalacie de date récente, dont le début ne doit pas être beaucoup antérieur à la maladie constitutionnelle dont il a été question, elle remonte donc à un an environ.

La dilatation commence, la tête est engagée, on croit devoir abandonner à la nature le soin de cet accouchement.

Le 21 octobre, rupture de la poche des eaux ; celles-ci ont une odeur fétide et une couleur de mauvaise nature. Bientôt la tête franchit le col et descend dans l'excavation.

Une fois tombée sur le périnée, comme elle n'avancait pas du tout et que la rotation faisait défaut, on crut devoir terminer l'accouchement par le forceps, d'autant plus que les os de la tête étaient mous et faciles à déplacer, par suite de la macération du fœtus, et qu'on ne devait pas s'attendre à une grande résistance de ce côté.

C'est avec une peine inouïe que l'on fait prendre à la malade une position favorable et qu'on procède à l'opération.

La branche gauche est introduite sans la moindre difficulté, on avait d'ailleurs pendant ce temps de l'opération, involontairement perforé avec l'index la grande fontanelle et produit un écoulement de matière cérébrale. Il ne fut pas non plus très difficile d'introduire la branche droite et d'articuler. On fit trois tractions moyennes, pendant lesquelles on vit la tête s'avancer subitement et avec force

au dehors, de façon qu'elle se dégagea complètement et sans autre aide. Le reste suivit aisément.

L'enfant était de taille moyenne et portait les traces d'une putréfaction très avancée ; il exhalait une odeur horrible.

La délivrance fut bonne ; l'utérus se contracte bien, et la malade, qui n'a pas extraordinairement souffert, est simplement affaiblie.

Les premiers jours après les couches paraissent bons, si bien qu'on ne croit pas devoir laisser subsister les craintes qui n'avaient pas manqué de se produire quand on a vu la tête se dégager d'une façon aussi soudaine. On avait en effet soupçonné à ce moment une rupture de la symphyse pubienne, en raison de ce phénomène insolite, mais il avait été impossible de s'en assurer à cause des difficultés que présentait l'examen des parties intéressées.

Les choses en étaient à ce point, lorsque le 24 octobre, troisième jour de lit, des changements surprenants s'opèrent chez la malade. Le soir, des frissons ; puis survient une diarrhée profuse. Abattement extrême, traits décomposés, langue sèche, extrémités froides. Le pouls est à 128 ; le ventre est météorisé ; très sensible à la pression, il y a incontinence d'urine et des matières fécales. Ces dernières ne tardent pas à provoquer l'apparition d'eschares au sacrum.

L'état ne s'améliorant pas, on transporte la malade à l'hôpital, le 3 novembre. A ce moment se développe un œdème considérable de la jambe gauche, résultat évident d'une obstruction veineuse. Le 6 novembre, un nouveau frisson, très violent avec sueurs profuses. Les symptômes précédents s'aggravent encore, les eschares gagnent en étendue, le marasme est complet ; enfin cet état se termine par la mort le 7 novembre au soir, c'est-à-dire le 17<sup>e</sup> jour après l'accouchement.

**AUTOPSIE**, le lendemain. — Émaciation extraordinaire, œdème énorme du membre inférieur gauche. Tout le squelette est d'un tissu raréfié et ramolli ; ainsi la colonne vertébrale se laisse ouvrir avec une extrême facilité ; la table interne du crâne est à l'état de membrane molle et granuleuse, l'acide acétique n'y révèle aucune trace de sels calcaires.

Cerveau dur, anémié ; l'arachnoïde rachidienne présente une coloration ardoisée.

Tubercules disséminés dans tous les poumons ; au sommet, petites cavernes communiquant entre elles ; autour, tissu sclérosé.

Viscères hypertrophiés, l'utérus lui-même est un peu gros. Sur le col, eschares jaunes diphtériques, avec perforation, se dirigeant les unes vers la vessie, les autres vers le rachis.

La paroi antérieure de la vessie est baignée par du pus et en rapport avec le cartilage déchiré et disjoint de la symphyse pubienne....

Quant à cette dernière, elle n'était évidemment pas antérieure à l'accouchement ; elle n'a pas dû même se produire lors du passage de la tête au détroit supérieur, à cause de la putréfaction avancée du fœtus. Le crâne était non seulement ramolli, mais amoindri par une perforation accidentelle ; enfin le rétrécissement siégeait surtout à droite, et il n'y avait pas à gauche de bien grands obstacles à surmonter.

Remarquons toutefois que le canal pelvien est très étroit dans toute sa longueur et l'on s'étonne que l'application du forceps ait pu si aisément réussir, car enfin on n'employa que tout juste les forces nécessaires pour extraire une tête tombée sur le périnée ; la traction était donc insuffisante pour produire une rupture mécanique de la symphyse. Enfin les contractions utérines n'ont jamais été bien puissantes.

Cet accident serait plus facilement explicable si on avait pu constater au préalable une mobilité anormale de l'articulation, et si les os du bassin s'étaient considérablement élargis à l'époque de l'accouchement, comme cela a lieu dans la variété d'ostéomalacie dite condensante (*cerea seu cohærens*).

Or, l'examen du squelette tout entier, surtout celui du fémur et du bassin, montrait qu'on avait ici affaire à la variété d'ostéomalacie dite raréfiante (*fracturosa*).

On pouvait du reste invoquer la pigmentation ardoisée de l'arachnoïde rachidienne pour expliquer la parésie des membres inférieurs, en rapportant cette dernière à une maladie de la moelle. Enfin l'ostéomalacie elle-même et toute seule pouvait à la rigueur suffire pour donner la clef de cet état paralytique et prolongé des jambes, ainsi que des violentes douleurs qui se produisaient à leur niveau quand on voulait leur imprimer le moindre mouvement.

Les causes ici sont donc multiples, en raison même des conditions pathologiques aussi complexes que défavorables présentées par cette malade.

Dans ce dernier cas, la malade est morte d'une phlébite intercurrente, qui l'a vite emportée, agissant sur un organisme très affaibli. Les lésions du côté de la symphyse se ressentent de ce mauvais état général, mais ne rappellent pas toutefois celle de l'arthrite purulente ou puerpérale ; elles n'ont eu qu'une importance secondaire, une évolution peu bruyante et inaperçue, au milieu des autres symptômes.

OBS. 66. — LOBSTEIN, 1808 (Thèse de FRAISSE, 1882).

Femme de 37 ans, primipare, petite et lymphatique. Bassin paraissant petit et rétréci au détroit inférieur. Forceps en O. I. G. A.

Au détroit supérieur, craquement, puis la tête descend rapidement et l'accouchement se finit vite ; déchirure du périnée.

Le second jour, douleur à la région pubienne et incontinence d'urine ; mort dans le coma au 3<sup>e</sup> jour.

Rupture de la symphyse avec écartement d'un pouce, rupture du pubis gauche.

Bassin manifestement rachitique.

OBS. 67. — PHENOMENOW, Saint-Petersbourg (tirée de la *Revue de Hayem*, 1883, p. 194).

Femme de 30 ans, primipare, taille 1 m. 26, cyphotique depuis l'âge de 2 ans à la suite d'une chute.

Distance des trochanters 26 centim., des épines iliaques 25 centim., des

crêtes iliaques 27 centim. Diamètre conjugué externe, 19 centim. au-dessous de la cyphose. Diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur, 9 centim.

L'accouchement eut lieu à la clinique. Les douleurs s'étant arrêtées après l'engagement de la tête, on fit l'application du forceps; quelques tractions de moyenne force, suffirent pour extraire la tête, mais un peu avant son extraction on entendit distinctement un bruit de craquement.

Enfant vivant pesant 3,600 gr. On constate après l'accouchement une déchirure périnéale de 2 centim. et, sur la paroi vaginale à gauche de l'urèthre une déchirure profonde au fond de laquelle on voit à nu les fragments osseux du pubis, séparés par un intervalle d'un travers de doigt. Les mouvements sont conservés dans les membres inférieurs. La femme succombe 48 heures après l'accouchement à une péritonite suraiguë. A l'autopsie on trouve une fracture au point de jonction de la symphyse avec la branche gauche du pubis, un intervalle de 5 centim. séparant les fragments. La colonne vertébrale présente au niveau de la région lombaire une déviation angulaire à concavité antérieure, la déviation commence à la 1<sup>re</sup> vertèbre sacrée.

L'examen microscopique montre une altération profonde du cartilage et des os au voisinage de la fracture, la substance fondamentale du cartilage est infiltrée régulièrement et par place de granulations calcaires, les éléments figurés sont en voie de prolifération et l'on remarque soit dans les capsules, soit dans le tissu intercellulaire des groupes de jeunes cellules de nouvelle formation. Ces altérations ont pour conséquence l'une et l'autre la perte d'élasticité du cartilage. Le tissu osseux contigu au cartilage présente comme ce dernier des dépôts de jeunes cellules offrant les caractères du tissu des granulations; il est tellement friable qu'il se laisse aisément couper par le scalpel. La rupture du bassin qui peut supporter dans l'état normal des tractions de 200 kilogr. ne s'explique que par la prédisposition due à ces processus pathologiques.

OBS. 68. — HARAJEWICZ (*Wiener med. Blatter*, 1891, n° 7).

J. M..., âgée de 30 ans, est admise à la Maternité de Saint-Lazare à Krakovie dans la nuit du 30 au 31 décembre 1888.

Cette femme ne se souvient pas d'avoir jamais été malade. Elle eut un an et demi auparavant un premier enfant. L'accouchement aurait duré 2 jours et 2 nuits; l'enfant était mort-né.

A l'examen on constate que l'enfant est à terme, il se présente par le sommet.

Diamètres extérieurs : bis-épineux, 24 centim., bi-crête, 26 centim., conjugué externe, 18 centim. et demi.

Au toucher vaginal, col dilaté admettant 2 doigts : bords souples et tranchants, membranes intactes, sommet assez dur, mobile au-dessus du détroit supérieur, la fontanelle postérieure en arrière.

A 3 heures de l'après-midi la femme, ayant fait un mouvement, perdit les eaux. Le col alors s'est presque complètement dilaté et admettait 3 doigts, le sommet fixé.

Le lendemain matin, 31 décembre, sous l'influence des douleurs qui se produisaient régulièrement, le sommet s'était engagé davantage. Battements fœtaux normaux, pas de bosse séro-sanguine. Température, 37°,8.

Dans la soirée les douleurs diminuèrent d'intensité : en même temps la mère s'épuisait, la bosse séro-sanguine augmentait et les battements fœtaux s'accéléraient ; si bien que à une heure du matin (1<sup>er</sup> janvier), je décidai de faire une application de forceps.

J'employai le forceps du professeur Madurowicz sous chloroforme. Application suivant le diamètre oblique droit dans la partie supérieure de l'excavation.

La tête descendait lentement. A la quatrième traction bien qu'elle fût modérée, je sentis un craquement à la suite duquel la tête fut extraite rapidement.

Le pariétal et le temporal portaient l'empreinte de la cuiller droite.

En même temps que la tête était extraite, se faisait un hématome de la grande lèvre droite. L'accouchement fut terminé rapidement. Il s'écoula une certaine quantité de liquide amniotique teinté de méconium de mauvaise odeur.

Délivrance suivant la méthode de Crédé.

Lavage vaginal et intra-utérin avec 3 litres d'une solution aqueuse de créosine à 2 p. 100.

Glace sur la région de la symphyse et sur la vulve.

L'enfant pesant 4.500 gr., mesurant 58 centim., mourut au bout d'une demi-heure. \*

2 janvier. Température du matin 37°,8, du soir 39°. Utérus douloureux et volumineux, en latéroversion gauche. 2 irrigations vaginales avec solution de créosine 2 0/0.

Le 3. Température 39°,6, 39°,8.

Lochies fétides.

Le 4. 40°, 39°,4. Point de côté.

Le 5. 40°,2, 39°,6.

Tuméfaction de la région inguinale droite. Tumeur remontant à deux doigts au-dessus de l'arcade de Fellope.

Le 9. 39°,6, 40°,5.

Pneumonie du lobe inférieur droit en pleine évolution.

Le 7. 39°, 40°,5.

Ventre un peu moins ballonné. La grande lèvre droite, très tuméfiée est fluctuante dans la profondeur.

Le 10. La température oscille toujours entre 38°,5 et 40°.

La pneumonie est en pleine résolution.

A la partie supérieure de la grande lèvre droite se fait une fistule qui mène dans une cavité au fond de laquelle on trouve une petite surface osseuse nécrosée. Pansement iodoformé.

Le 11. Par la fistule s'écoule une sérosité louche de mauvaise odeur. Le soir, frisson, état général mauvais.

Le 14. 37°,8, 38°,5. État général meilleur.

Le 15. 37°, 37°.

Mais les jours suivants la température remonte, atteint 40°. L'état général s'affaiblit de plus en plus: diarrhée profuse, incontinence d'urine. L'utérus remonte à trois travers de doigt en dessus de la symphyse; par la fistule de la grande lèvre droite s'écoule toujours un liquide lactescent; au fond on sent le pubis droit dénudé et rugueux.

Le 20, le professeur Obolinsky appelé en consultation confirme le diagnostic de disjonction de la symphyse.

La malade meurt le 29 : paramétrite, septicémie, œdème du poumon.

A L'AUTOPSIE. Involution utérine complète, endométrite puerpérale, déchirure du col, vaginite diphtéroïde avec plaques de sphacèle à sa paroi postérieure.

Autour de la vessie et de l'utérus un exsudat sanieux et puant qui s'étend sous le péritoine dans la moitié droite du bassin du rectum à la symphyse; puis il dépasse la ligne innommée, se prolonge en bas à la cuisse en traversant le canal crural, en haut s'insinue sous le péritoine jusqu'en arrière du rein droit.

Les deux pubis dénudés de leur périoste, baignent dans le pus, la symphyse est disjointe. Pas de lésion vésicale.

### 3<sup>e</sup> RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN. — ABCÈS

#### a) CAS SUIVIS DE GUÉRISON.

OBS. 69. — Professeur GUYON (*Registres de la Maternité*, 1864, tirée de la thèse d'agrégation du P<sup>r</sup> BUDIN, 1888).

Primipare, 22 ans. Angle sacro-vertébral accessible et à 10 centimètres de la partie inférieure de la symphyse pubienne. M. I. D. P. (variété frontale).

L'accouchement naturel pouvait être espéré, mais les contractions, fortes du reste, étaient mal dirigées à cause d'une obliquité antérieure très prononcée. Non seulement la tête resta élevée et demi fléchie, mais la dilatation ne se fit pas.

A la salle de travail depuis six heures, M<sup>me</sup> Alliot, constatant le peu de progrès du travail, appliqua dans le vagin la vessie-tamponnement, comme cela avait été convenu avec M. Guyon.

Les contractions qu'on sollicitait, en donnant ce point d'appui à l'orifice, produisirent un peu d'amincissement pendant les cinq heures que la vessie fut maintenue dans le vagin.

La première moitié de la nuit qui suivit fut agitée, et dans la seconde on fut obligé de retirer la vessie que la femme ne pouvait plus supporter.

A 5 heures, les contractions augmentèrent de nouveau sans avoir plus de résultat. L'orifice épais et infiltré ne cédait pas et les téguments de la tête tuméfiés appuyaient seuls sur le segment inférieur et antérieur de l'utérus.

L'angle sacro-vertébral était encore accessible.

Dans la matinée, n'espérant plus la voir accoucher naturellement, M. Guyon fit cinq incisions superficielles pour débrider l'orifice utérin. Il appliqua ensuite le forceps, fit des tractions méthodiques et fortes. Ses efforts, unis à ceux de son interne, M. Perret, firent descendre la tête dans le petit bassin, mais après un craquement qui fut entendu de tous les assistants.

L'enfant naquit faible avec des contusions de la face, une fracture à l'occipital et une paralysie faciale du côté gauche. Néanmoins il but le lait qu'une nourrice lui fit couler dans la bouche.

Après la sortie de l'enfant, on constata un écartement assez considérable de la symphyse pubienne, et la douleur qu'éprouvait la femme à chaque mouvement du membre inférieur droit fit soupçonner l'existence de semblables lésions du côté de la symphyse sacro-iliaque correspondante. Elle fut transportée avec son enfant, qui mourut quatre jours après, à la salle Sainte-Marguerite, n° 6.

On immobilisa son bassin le plus complètement possible en la couchant dans une sorte de boîte remplie de son.

Les jours suivants, fièvre, ballonnement du ventre, lochies fétides, incontinence d'urine. Injections d'eau-de-vie camphrée.

Il y eut arthrite traumatique sacro-iliaque droite qui guérit sans suppuration, selon toute probabilité, et une suppuration prolongée de la symphyse pubienne avec nécrose d'une des facettes articulaires et une destruction de la partie antérieure de l'urèthre. Elle élimina un séquestre provenant du pubis gauche.

Cinq mois plus tard on sent par le doigt l'ancien foyer de suppuration de la symphyse qui a été détruite en partie, mais il n'y a plus ni douleur, ni mobilité anormale. Les mouvements de la marche sont réguliers et libres. L'urèthre est large et court, causes de l'incontinence; on tenta deux opérations pour rétrécir l'orifice urétral qui n'en persiste pas moins, et rendit nécessaire l'usage d'un appareil à pelote comprimant l'urèthre.

#### b) CAS SUIVIS DE MORT.

OBS. 70. — BACH (Thèse de Strasbourg, 1832).

Femme de 36 ans, petite, goitreuse, contrefaite.

Primipare, bassin en antéverson, sacrum très courbé, région sacrée presque horizontale, arcade cintrée, ventre en besace. Diamètre antéro-postérieur de dimension ordinaire.

Travail, rupture prématurée des membranes, douze heures plus tard la tête étant encore au détroit supérieur, M. Stoltz fait une application de forceps en O. I. G. A. Difficultés pour introduire l'instrument.

« A peine avait-il commencé à faire de faibles tractions qu'on entendit tout à coup un craquement semblable à celui qui vient de la fracture d'un os. La femme poussa un cri plutôt par étonnement que par douleur, car elle n'en accusa au-

cune : aussi fut-il impossible dans le premier moment de se rendre compte du bruit qu'on y avait perçu. La tête n'avait pas encore franchi le détroit supérieur; les contractions étaient énergiques. Une nouvelle traction qui ne nécessita aucune force fit descendre la tête dans l'excavation et dans le même instant on entendit encore une légère crépitation. Presque immédiatement après la tête fut plutôt chassée que tirée du détroit inférieur de même que le reste du corps. »

Cherchant à s'expliquer le bruit entendu, on examine la tête du fœtus qui ne présente aucune lésion.

Le second jour douleurs aux parties génitales, le 5<sup>e</sup> jour écoulement involontaire des urines, état général grave s'accroissant jusqu'à la mort qui eut lieu le 21<sup>e</sup> jour après l'accouchement.

L'autopsie entraînait les lésions montre la rupture de la symphyse pubienne avec écartement d'un pouce. L'encroûtement cartilagineux du pubis gauche, arraché de cet os, est resté adhérent au côté droit. De très petites portions ont résisté à l'effort qui en a séparé la presque totalité. Les ligaments inférieurs et supérieurs sont rompus, les pubis ne sont plus liés que par une espèce de plaque charnue, épaisse, placée à la partie postérieure de cet os, et formée tant par le périoste que par le tissu cellulaire lardacé. Elle formait la partie postérieure d'un abcès dont la matière purulente remplissait l'espace entre les deux pubis immédiatement sous le mont de Vénus. Cet abcès s'étendait à gauche sur la face externe du pubis qui était dénudée. L'écartement des os du pubis dépend de l'écartement en dehors de l'os innominé gauche, très peu de celui du côté droit : comme si la tête du fœtus n'avait agi que sur cette portion de l'arc du bassin formée par le premier.

Il y a également écartement avec tiraillement des deux symphyses postérieures.

Les os qui entrent dans la composition du bassin sont plus minces et plus légers qu'à l'ordinaire et présentent peu de surface compacte; les os des îles, recourbés en dedans par leurs bords antérieurs. Le détroit supérieur est presque orbiculaire, lorsque les pubis sont rapprochés; l'angle sacro-vertébral est proéminent; l'excavation large; l'arcade bien cintrée; sa branche gauche un peu plus courbée que la droite.

OBS. 71. — POULET (*Mémoires et comptes rendus de la Soc. de méd. de Lyon*, 1363-64).

Primipare, 27 ans, bassin régulièrement rétréci.

O. I. G. A. Travail long, forceps, dégagement brusque de la tête après un craquement assez prononcé.

Incontinence d'urine, épuisement, mort par pleurésie.

AUTOPSIE. — Rupture de la symphyse pubienne entre le fibro-cartilage et la surface osseuse du côté gauche; écartement de 28 millimètres; cet écartement est limité par le ligament antérieur qui n'est qu'incomplètement déchiré et qui réunit encore les deux pubis. Cet espace est baigné de pus.

Lésions des symphyses sacro-iliaques.

Une mensuration exacte du bassin fournit les dimensions suivantes après le rapprochement complet des surfaces pubiennes :

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| Diamètre antéro-postérieur ..... | 9 cent. 5 |
| — bi-latéral.....                | 11 — 8    |
| — oblique .....                  | 12 —      |
| — du détroit inférieur.....      | 9 —       |

Si on écarte les os du pubis de 28 millimètres, le diamètre transverse acquiert un développement de 16 millimètres, qui le porte à 13,4. Il y a aussi un développement proportionnel des deux diamètres antéro-postérieur et oblique ; ce bassin est donc assez régulier, mais rétréci d'un centimètre et demi environ.

OBS. 72. — DUCHÊNE (Thèse de Strasbourg, n° 253, 1869).

La femme L..., âgée de 42 ans, taille moyenne, constitution assez bonne, mais fatiguée, tempérament sanguin, entra à la clinique obstétricale le 21 juin 1869, en couches depuis quinze jours et dans les circonstances suivantes.

Elle était enceinte pour la sixième fois et avait eu successivement cinq filles. Le premier accouchement s'était terminé spontanément, mais après un travail long et pénible dans lequel l'enfant était venu mort au monde. Quant à l'accouchée, elle avait gardé le lit pendant un mois par suite d'une affection puerpérale dont nous ignorons la nature ; elle était alors âgée de 27 ans. Les trois accouchements suivants se sont terminés spontanément après un travail facile, et la dernière couche avait été également assez bonne. Durant toutes ces couches, la malade fut atteinte d'affection miliaire, mais de peu de gravité.

Le travail du dernier accouchement s'était déclaré dans la nuit du 6 au 7 juin. La sage-femme ayant reconnu une présentation anormale, fit appeler un accoucheur, qui crut reconnaître à travers les membranes la présence d'un bras, pour la réduction duquel il fit quelques tentatives de déplacement du fœtus par manœuvre externe. Enfin, à 5 heures du soir, la poche des eaux s'étant rompue, on reconnut la présence de la tête.

Comme les douleurs étaient peu fréquentes et peu vives, la sage-femme administra du seigle ergoté ; dès lors les contractions devinrent continues, sans être plus efficaces.

Un autre médecin appelé à 10 heures du soir, pendant que l'enfant était en danger de mort et cédant aux instances de la parturiente, appliqua le forceps. Cette opération fut un peu difficile ; il fallut retirer la première branche introduite (branche mâle) pour la replacer une deuxième fois : l'extraction put enfin être faite, mais avec des efforts de traction assez considérables.

Pendant l'opération, la femme se plaignit de douleurs vives à la région sacrée. La délivrance n'offrit pas de difficultés, la matrice revint facilement sur elle-même et il n'y eut aucun symptôme inquiétant du côté du ventre.

L'enfant, du sexe masculin, dans un état de mort apparente, put être facilement rappelé à la vie ; il portait des traces nombreuses de compression des cuil-

lers de l'instrument, et notamment du côté de la nuque une plaie transversale de 0<sup>m</sup>,01 de longueur, pénétrant toute l'épaisseur du derme.

Par suite de la compression que le plexus nerveux avait éprouvée de la part de l'instrument, les extrémités inférieures étaient frappées de paralysie; non seulement les mouvements volontaires étaient impossibles, mais les mouvements transmis étaient très douloureux. La malade sentait dans les membres comme un engourdissement général, en même temps que des fourmillements continuels.

Le 4<sup>e</sup> jour se déclarait une éruption miliaire directe qui se localisait sur les côtés du cou et était accompagnée d'une dyspnée très intense. La malade était prise le même jour de diarrhée; les selles étaient fréquentes, fétides et involontaires, symptômes d'une paralysie du rectum.

Le 23 juin, jour où la malade fut conduite à la clinique, nous la trouvons très affaiblie, très abattue, avec une physionomie exprimant la souffrance et en proie à des frissons qui se répètent fréquemment. On prescrit 10 centigr. d'extrait gommeux d'opium en potion, à prendre pendant la journée. Des lavements administrés à plusieurs reprises à la malade n'ont pas été conservés par elle.

Le 24. La nuit a été assez bonne, à 9 heures du matin s'est déclaré un frisson violent, accompagné d'horripilation et suivi de chaleur et de transpiration. Pas de selles dans la journée. P. 88. T. 38<sup>o</sup>,2.

Le 26. L'état d'affaissement est très considérable, le ventre est élevé, tendu, douloureux dans la région inférieure, surtout la fosse iliaque; aussi le professeur Stoltz appelle-t-il notre attention sur la région pelvienne, qui doit être, dit-il, le siège de quelque grande lésion. La malade a eu une selle spontanée en diarrhée le matin; les extrémités inférieures sont toujours très douloureuses et la flexion des membres inférieurs provoque dans les cuisses et dans les lombes une douleur plus vive encore qu'auparavant.

Potion opiacée et cataplasmes opiacés.

Le 27. Apparition d'un érysipèle de la face.

Le 28. La nuit a été très agitée, il n'y a cependant pas eu de frissons, mais beaucoup de chaleur, le gonflement et la rougeur de la face ont beaucoup diminué; cependant ces parties sont toujours chaudes. Les jambes sont toujours aussi enflées, et la malade se plaint d'un endolorissement général. Le ventre est aussi élevé que les jours précédents, mais il est mou et dépressible. La région pubienne est sensiblement élevée, saillante, empâtée; dans la profondeur on sent comme un peu de fluctuation, sans changement de couleur de la peau. Les parties génitales sont oedématisées. Il existe surtout une sensibilité très vive sur la ligne de la symphyse pubienne où la malade éprouve de vives douleurs, principalement quand elle se retourne dans son lit pour se coucher sur le côté; toujours mêmes plaintes du côté de la région sacrée; pour remuer les membres inférieurs elle doit les prendre avec la main.

Le 29. Cris de douleur, refus d'aliments.

L'oedème des parties génitales et le gonflement de la région pubienne, qui

présente déjà un certain degré d'élasticité et même de fluctuation, une mobilité extraordinaire, dont jouissent les os innominés à la partie inférieure, et des douleurs assez vives au niveau de l'échancrure sciatique, font supposer à M. le professeur Stoltz que les tractions du forceps ont dû déterminer une diduction des symphyses, laquelle a été suivie d'inflammation et se terminera probablement par suppuration.

Le 30. Mêmes symptômes. P. 104. T. 38°,2, frissons.

Jours suivants, frissons répétés.

5 juillet. Le gonflement va en augmentant de jour en jour, peut-être ces symptômes ne sont-ils que les signes précurseurs d'un abcès en voie de formation.

Le 7. Langue sèche, agitation.

Le 9. Délire, abattement. P. 116. T. 38°,6

Les phénomènes locaux se sont amoindris.

La malade succombe le 11 juillet 1869 à deux heures de l'après-midi après des alternatives de coma, de délire et de jactation.

AUTOPSIE. — Elle fut faite 24 heures après la mort. A l'ouverture du crâne on trouve un épanchement sous-arachnoidien séreux et purulent vers la partie postérieure droite du cerveau; à gauche on constate la présence de sérosité et d'une petite quantité de liquide cérébro-spinal. On ne trouve rien dans les ventricules.

On rencontre dans le poumon plusieurs amas de matière purulente, abcès métastatiques (ou embolies) dont on constata aussi la présence dans le cerveau.

A l'incision de la paroi abdominale vers la région pubienne, on vit s'écouler 2 à 300 grammes de pus blanc et crémeux, et l'on put constater à l'aide du doigt une déchirure immense au niveau de la symphyse pubienne qui avait subi un écartement de deux centimètres.

On constata de plus une diduction de la symphyse sacro-iliaque de sorte que l'os iliaque droite se trouvait complètement séparé du reste du bassin; l'os iliaque gauche n'avait pas bougé.

Du côté des os pubis les lésions étaient les suivantes : ligaments décollés et déchirés, cartilages d'inscrustation presque complètement disparus, ligament de Poupart détaché, canal inguinal disparu. On constatait encore que le pus avait fusé en haut dans la région hypogastrique, et en bas dans la gaine du muscle pectiné.

Du côté de l'utérus on voyait que le cul-de-sac péritonéal postérieur renfermait 100 grammes de pus environ, les ovaires gonflés baignaient dans le pus remplissant le cul-de-sac. Après les avoir essuyés, ils présentaient une teinte ardoisée, résultat probable d'une ancienne suffusion sanguine. Le péritoine était pâle, les intestins boursoufflés et distendus par une énorme quantité de gaz.

Traces de péritonite et de pleurésie anciennes.

D'après ces diverses lésions il nous était permis de conclure que le point de départ de tous ces accidents avait été la rupture des symphyses pubienne et sacro-iliaque droite, qu'il en était résulté une inflammation vive qui avait

passé à la suppuration et que la résorption purulente, qui s'était déclarée ensuite, avait amené la mort.

Diamètres du bassin :

|                                                   |          |
|---------------------------------------------------|----------|
| Diam. antéro-postérieur du détroit supérieur..... | 10 cent. |
| — sacro-sous-pubien.....                          | 12 —     |
| — transverse.....                                 | 13 —     |
| — oblique.....                                    | 12,5—    |

Le bassin présentait quelques traces de rachitisme, les cavités cotyloïdes faisaient un peu saillie en dehors et les os eux-mêmes montraient un certain degré de transparence.

Les diamètres de la tête fœtale ne furent pas mesurés à la naissance.

Duchêne prétend qu'en raison des antécédents de la malade on aurait peut-être pu se dispenser de se servir du forceps. Ayant accouché déjà cinq fois, il est probable, dit-il, que la tête aurait fini par se fléchir et par se dégager spontanément.

OBS. 73. — CAYLA (Thèse de FRAISSE, 1882).

Primipare, bassin ostéomalacique. Disjonction des symphyses, arthrite purulente; mort en cinq jours.

Louise L..., 20 ans, constitution faible. A été réglée à 15 ans; menstrues régulières. Vers le 20 novembre 1880, les règles disparaissent, marquant le début d'une grossesse. Elle nous arrive le 3 septembre 1881, à la fin de son neuvième mois; les membranes se sont rompues avant tout début de travail.

Présentation en O.I.G.T. Le doigt pénètre dans le col; promontoire très saillant. Diamètre sacro-sous-pubien, 8 centim. 8 sans déduction.

En parcourant avec l'index l'aire du détroit supérieur, on remarque que la circonférence présente une très grande irrégularité.

A gauche, l'excavation paraît régulière, mais de dimensions petites. A droite, au contraire, on rencontre en promenant le doigt, une saillie au niveau de l'éminence iléo-pectinée, saillie qui avance dans le bassin, dont elle rétrécit considérablement l'aire utile.

Du reste, même disposition de l'autre côté, bien moins marquée toutefois.

Le bassin ne présente pas d'obliquité, cette saillie de l'éminence iléo-pectinée rappelle la comparaison classique d'un cœur de carte à jouer.

Rien dans l'aspect de la malade n'aurait pu faire supposer une irrégularité aussi grande du bassin. Le ventre est très développé, obliquité très grande de l'utérus de haut en bas et de droite à gauche. Bruits du cœur fœtal réguliers, bien frappés, superficiels, leur maximum est à gauche à quatre travers de doigt en dehors de l'ombilic.

Le lendemain, au matin, la dilatation n'a pas fait de progrès, la présentation est très élevée et presque inaccessible au toucher vaginal. La malade perd encore ses eaux par moments; l'utérus est comme tétanisé, la tête fixée, la position paraît définitive.

Pendant tout le jour, contractions fortes et nombreuses. Le troisième jour, lundi matin, la dilatation est comme une pièce de 1 franc. Le col est effacé, aminci. Pommade belladonnée, lavement de chloral.

Lundi soir, l'orifice est comme une pièce de 2 francs, les battements fœtaux sont moins forts et même irréguliers ; le deuxième bruit disparaît par moments. Contractions fréquentes, pouls rapide. L'enfant est épuisé, l'enfant perd du méconium.

Mardi matin, la tête commence à s'engager ; on constate une bosse sanguine ; la fontanelle postérieure est accessible, elle est située à gauche.

La tête est dans le diamètre oblique gauche.

Application du forceps Tarnier à 10 heures du matin. Introduction de la branche gauche.

Application très oblique ; le manche est placé presque de champ, il est fortement reporté vers la droite et en bas. L'introduction est assez laborieuse.

Introduction de la branche droite. Contrairement aux prévisions qu'on pourrait avoir, en raison de la saillie osseuse signalée plus haut, l'introduction est assez facile.

La branche introduite directement à droite, accomplit un mouvement de spirale qui la fait glisser sous le pubis, les branches s'articulent aisément.

Après quatre minutes de tractions, la tête descend dans l'excavation ; mais le forceps dérape et on est forcé de procéder à une deuxième application.

Après quelques tractions, la tête semble descendre un peu ; mais les branches glissant de nouveau, on est obligé de faire une troisième application. Cette fois la vis est fortement serrée, la tête descend, la rotation s'accomplit, l'enfant peut être extrait. Légère déchirure du périnée.

L'enfant est vivant, mais il a une hémiplegie faciale droite complète.

La tête a été saisie suivant un diamètre oblique. La cuiller postérieure (gauche) porte sur la bosse frontale gauche, et arrive au-dessus de l'œil, envahissant la fosse-temporale.

La cuiller droite a laissé son empreinte sur la partie latérale de la tête, en arrière du pavillon de l'oreille. La grande courbure de la cuiller a même tracé un sillon passant derrière le pavillon et correspondant au point où le nerf facial sort du trou stylo-mastoidien.

L'enfant pèse 3,400 gr. ; son diamètre bipariétal est de 9 centimètres.

La délivrance se fait rapidement et spontanément. On fait tout de suite après deux lavages phéniqués et deux injections sous-cutanées d'ergotine.

Le lendemain de l'accouchement, l'état de la malade paraît assez bon, mais elle éprouve une impossibilité absolue de soulever tant soit peu les membres inférieurs, de les détacher du plan du lit. Les moindres mouvements provoqués déterminent de violentes douleurs dans le bassin, surtout au niveau de la symphyse pubienne. Le plus petit attouchement en cet endroit arrache des cris à la malade, et l'on ne peut, par des pressions latérales, rapprocher l'un de l'autre les os coxaux sans la faire horriblement souffrir.

Cet état de choses ne s'améliore pas, au contraire. La journée du 8 septembre

est très mauvaise. A ce moment, apparaissent des symptômes généraux de la plus haute gravité. La malade a des frissons, elle présente de la diarrhée et de la rétention d'urine. Des plaques de sphacèle se montrent sur la vulve, remontant jusque dans le conduit vaginal.

Le lendemain 9 septembre, au matin, les symptômes généraux et locaux s'aggravent encore; au-dessus de la symphyse pubienne est apparue une large bande érythémateuse; toute cette région est comme empâtée et très douloureuse. A ces symptômes vient encore s'ajouter un ballonnement assez considérable de l'abdomen.

L'état s'aggrave de plus en plus et rapidement; la malade tombe dans le collapsus et finalement meurt le 9 septembre à minuit, c'est-à-dire 5 jours après l'accouchement.

L'AUTOPSIE est pratiquée le 11 septembre, à 10 heures du matin. A l'ouverture du ventre, dont le ballonnement a encore augmenté, on constate une légère vascularisation de l'épiploon et du péritoine en général; néanmoins la séreuse contient très peu de liquide. On ne trouve que quelques fausses membranes blanchâtres et friables, dans les flancs, retenant l'épiploon.

Mais c'est au niveau de la symphyse que l'on constate les lésions les plus intéressantes. Après avoir enlevé les parties molles qui la recouvrent, une chose qui frappe tout d'abord, est l'écartement considérable qui existe entre les deux os pubis, écartement qui mesure 2 centim. et demi.

Continuant la dissection, on tombe sur un foyer purulent, qui occupe toute l'articulation interpubienne. Au milieu d'un pus gris sale, de mauvaise nature, nagent des débris de cartilages, provenant de l'article rompu. Les surfaces osseuses articulaires sont à nu; leur surface a un aspect gris noirâtre, et leur consistance va jusqu'à la friabilité.

Le foyer purulent se prolonge au-dessus de la symphyse dans toute la région qui correspond à cette zone érythémateuse que l'on avait constatée pendant la vie. A ce niveau le pus s'est infiltré entre les fibres des muscles droits de l'abdomen.

Inférieurement, vers la partie la plus déclive de la cavité de l'abcès, on trouve un orifice qui admet largement un stylet, celui-ci parcourt un conduit qui va s'ouvrir à la partie supérieure du vagin.

Au niveau de cette dernière ouverture, de même dans la plus grande partie du conduit vaginal, il existe de larges eschares.

Mais ce qui frappe le plus, après avoir vidé la cavité pelvienne de tout ce qu'elle contenait, ce sont certainement l'extrême irrégularité et les dimensions anormales du détroit supérieur et du bassin en général, toutes choses dont on ne pouvait se faire une idée très nette pendant la vie de cette femme.

Le diamètre sacro-sous-pubien est de 8 centim., chiffre qui se rapproche de celui qu'on avait obtenu par la mensuration digitale. Les éminences iléo-pectinées font une saillie très prononcée en dedans et diminuent considérablement l'aire utile du bassin, en lui donnant l'aspect d'une feuille de trèfle.

En un mot, ce bassin présente à un haut degré la conformation ostéomalacique. En voici du reste les dimensions :

|                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| Diamètre sacro-sous-pubien.....                                 | 8 cent. 0 |
| Distance de l'éminence iléo-pectinée droite au promontoire..... | 3 — 5     |
| Distance de l'éminence iléo-pectinée gauche au promontoire..... | 5 — 5     |
| Hauteur verticale du sacrum.....                                | 7 — 5     |
| Diamètre oblique gauche.....                                    | 11 — 5    |
| Diamètre oblique droit.....                                     | 10 — 2    |
| Distance entre les deux épines iliaques antéro-supérieures..... | 24 — 0    |

Le squelette de cette femme ne présentait aucune des déformations appartenant au rachitisme. Pas la moindre déviation de la colonne vertébrale, pas de chapelet chondro-costal, pas d'incurvation des tibias.

Cette femme était d'une taille élevée, et rien n'aurait pu faire soupçonner des déformations aussi accusées du côté de son bassin. C'était, en un mot, une dystocie absolument inattendue.

Notre cas présente du reste de nombreuses particularités. Ainsi, on n'a point entendu ce craquement signalé dans presque tous les faits analogues de disjonction de la symphyse pubienne produite à l'occasion d'une application de forceps.

Ici la disjonction s'est faite sans secousse, sans efforts, probablement au moment de l'application de la seconde branche, laquelle a éloigné l'un de l'autre les os pubis ; ce serait donc en agissant plutôt à la façon d'un levier que le forceps aurait produit l'accident.

Mais quelle que soit l'explication, cette rupture ne peut s'expliquer que si l'on fait intervenir un autre élément dans sa production ; c'est-à-dire l'arthrite préexistante de la symphyse pubienne. L'état rugueux des surfaces osseuses, la destruction à peu près complète des cartilages existaient vraisemblablement depuis une certaine époque, avant que l'accouchement eut lieu. L'arthrite a donc, dans l'espèce, favorisé la disjonction ; de plus, nous avons acquis la certitude, par plusieurs expériences faites avec le forceps Tarnier, sur la réductibilité de la tête de l'enfant, que jamais on ne serait parvenu à extraire ce dernier si la disjonction ne s'était pas produite.

OBS. 74. — BRAUN VON FERNWALD (*Arch. f. Gynæk.*, XLVII, 1894).

Nonipare, 41 ans, entrée le 4 août, morte le 14. Bassin simplement aplati, diam. conjugué vrai 9 cent. O.I.G.A.

Premières douleurs le 2 août, rupture spontanée le 3 août, à 3 heures du matin. On avait tenté plusieurs applications de forceps très énergiques en ville ; amenée le soir à la clinique, elle a 39°,4 de température.

Écoulement vaginal fétide accompagné de frissons. Dilatation de 6 cent. Sommet fixé transversalement au détroit supérieur, enfant vivant. On applique le forceps Simpson, extraction avec déchirure du col à gauche. Délivrance arti-

ficielle puis hémorrhagie, injection intra-utérine à l'acide phénique à 5 p. 100. Enfant vivant 4,400 gr., 53 cent. de long.

Pendant les cinq premiers jours, la température monte progressivement ; le 5<sup>e</sup> jour la malade se plaint de douleurs dans la région de la symphyse ; le 7<sup>e</sup> jour, météorisme ; le 11<sup>e</sup> jour, mort de septicémie.

AUTOPSIE. — Endométrite septique, phlébite suppurée péri-utérine, écartement des os de la symphyse d'un travers de doigt avec foyer suppuré.

Rétrécissement moyen du bassin, avec conjugué vrai de 9 cent.

4<sup>o</sup> *Observations résumées non classées par absence de détails.*

a) CAS SUIVIS DE GUÉRISON.

OBS. 75. — MORENHEIM (*Wien. Beitr. z. prakt. Arztnlc. u. Gebh.*, Wien., 1781, p. 346, citée par ULSAMER).

Primipare jeune. Le travail dura longtemps.

Finalement, après trois jours de douleurs, la tête s'engage ; on fait alors une application de forceps : douleur très violente à la symphyse et des deux côtés du sacrum. Enfant mort ; la tête était fortement écrasée.

Impossibilité de se tenir debout. Incontinence d'urine. Mobilité anormale de la symphyse. Comme traitement on se contente d'attacher les pieds de la malade. Guérison.

OBS. 76. — D'OUTREPONT (*Gemeins. d. Zeitschr. f. Geb.*, 1830).

Application de forceps.

Pendant les dix premiers jours, douleur à la pression au niveau du pubis et mobilité anormale de la symphyse probablement disjointe par l'accouchement. Bandage sur le bassin. Onguent mercuriel sur le pubis. Décubitus horizontal. Diète. Guérison complète en 27 jours.

OBS. 77. — D'OUTREPONT (*N. Zeitschr. f. Geb.*, 1834, t. I, p. 85).

Angle sous-pubien étroit. Application de forceps.

Extraction à la 3<sup>e</sup> traction accompagnée de douleurs violentes au niveau de la symphyse.

L'écartement du pubis est d'un demi-pouce ; il est exagéré ou diminué selon qu'on écarte ou qu'on rapproche les os iliaques

Guérison en 14 jours.

OBS. 78. — GMELIN (*Th. Tubingue*, 1854).

Primipare, 23 ans. Promonto-pubien minimum 3 pouces 2 lignes.

Forceps. Extraction facile après deux tractions.

Pas de symptômes de rupture pendant l'accouchement.

Vers le 4<sup>e</sup> jour, douleurs au niveau du pubis et dans les cuisses.

Le 22<sup>e</sup> jour, grosse tuméfaction de la région pubienne accompagnée d'une exacerbation de la douleur.

L'abcès se collecte, est incisé. Il s'en échappe du pus fétide.

Guérison en 2 mois.

OBS. 79. — IMBERT (*Arch. gén. de médecine* (?), in Gmelin, Thèse Tubingue, 1854.)

Bassin rétréci. Forceps.

Craquement et descente subite de la tête. Déchirure du vagin. La rupture s'est produite entre le pubis droit et le fibro-cartilage. Écartement d'un pouce.

Néanmoins on fait une nouvelle application de forceps après avoir assujéti le bassin avec une ceinture pelvienne. Pendant qu'on termine l'extraction on perçoit plusieurs autres craquements.

L'écartement final de la symphyse atteint 2 pouces.

La déchirure du vagin est cicatrisée en 15 jours.

Application d'une ceinture pelvienne.

Consolidation du pubis en un mois; ces deux os sont maintenant écartés par une masse fibreuse ou osseuse. Le bassin par suite se trouva élargi, si bien que plus tard la femme accoucha spontanément d'un enfant à terme.

OBS. 80. — AHLFELD (*Schmidt's Jahrb.*, 1876).

IIpare de 33 ans.

Durée du travail, 7 h. 1/4. On est obligé de faire une application de forceps au détroit inférieur en O.I.D.P. pour ralentissement des battements fœtaux et inertie utérine. L'extraction ne fut pas forcée. Enfant vivant pesant 3,420 gr.; longueur 51 centim.; son crâne est particulièrement ossifié.

Le lendemain, douleurs très violentes au niveau de la symphyse. Mobilité anormale entre les 2 pubis.

Bandage pelvien.

Les douleurs ont disparu le 14<sup>e</sup> jour.

Guérison complète le 20<sup>e</sup> jour.

#### b) CAS SUIVIS DE MORT.

OBS. 81. — HUTER (*N. Zeitschr. f. Geb.*, 1851, t. XXXI, p. 349).

IIpare de 31 ans.

Premier accouchement, forceps.

Cette fois encore, forceps et extraction difficile des épaules; on ne perçut pas

de craquements, la femme n'éprouva pas de suite de douleur nettement localisée à la symphyse.

Mourut d'hémorrhagie.

Avant l'accouchement la malade avait eu une douleur profonde à l'hypogastre.

AUTOPSIE. — Scoliose.

Rupture de la symphyse pubienne. Écartement, un pouce. Les deux articulations sacro-iliaques sont légèrement béantes en avant.

OBS. 82. — E. MARTIN (*Monatsschr. f. Geb.*, XXVII, p. 13).

Perforation du crâne et extraction avec le forceps. La femme mourut de déchirure de la paroi utérine postérieure produite par le forceps.

A l'AUTOPSIE : rupture des 3 articulations du bassin.

(Cas relaté en détail par Heim. *Diss. inaug. Iéna.* De pelvi ubique justo minore.)

OBS. 83. — (Citée par ULSAMER et tirée du *Journal de v. SIEBOLD*, t. X, p. 270.)

Un anonyme aurait été témoin du fait suivant :

Deux professeurs ayant inventé chacun un forceps veulent accoucher une jeune femme de 17 ans.

Le premier applique son instrument ; mais il dérape ; le second alors saisit la tête avec son modèle spécial de forceps, fait 40 tractions et finalement extrait l'enfant ; mais la femme mourut subitement avec des convulsions.

L'AUTOPSIE révéla une disjonction traumatique des symphyses.

OBS. 84. — ELIAS VON SIEBOLD (*Journal der Geburtshülfe*, t. I Frankfort, 1813).

Femme ayant un bassin rachitique très étroit, tête enclavée. Tentatives vaines du forceps pendant trois quarts d'heure ; puis céphalotripsie.

La malade mourut d'infection.

A l'AUTOPSIE, métrite, mais pas de traumatisme des parties molles. La disjonction de la symphyse ( $\frac{1}{4}$  de pouce d'intervalle) est due probablement aux tractions exercées sur le forceps ou au passage des épaules.

OBS. 85. — HOFFMANN (*Monatsschrift f. Geburtskunde*, t. IV, p. 413, 1846).

Bassin aplati. Diamètre promonto-pubien minimum 8 centim. Accouchement provoqué prématurément. Tentative infructueuse de forceps au détroit inférieur ; l'extraction réussit enfin grâce à la manœuvre suivante : l'index d'une main accroche le maxillaire inférieur exerçant sur lui de fortes tractions, tandis que l'autre main placée sur l'abdomen de la malade fait de l'expression.

Pendant l'extraction, la malade éprouve une sensation de déchirure, puis après l'accouchement une douleur dans la fesse et le pubis.

Pendant les suites de couches, abcès de la région inguinale droite.  
Mort après 8 semaines.

OBS. 86. — GMELIN (Th. Tubingue, 1854).

- Vipare, 36 ans. Bien portante.

Accouchements antérieurs normaux.

Vomissements incoercibles pendant la grossesse. État général très mauvais.

Mort. Semble avoir été due à une cause extra-génitale.

A l'AUTOPSIE : relâchement tel des symphyses du bassin qu'il permet aux os de jouer les uns sur les autres. Les pubis sont distants de 1 centimètre et demi : entre eux une cavité contenant une sérosité jaunâtre et tapissée par un épithélium à cellules plates.

OBS. 87. — KRIELE (Th. HALLE, 1882).

Forceps, déchirure des articulations du bassin. Mort.

Le bassin était nettement en entonnoir.

#### D. — RUPTURE AU COURS D'UNE BASIOTRIPSIE OU CÉPHALOTRIPSIE

##### a) Cas suivis de guérison.

OBS. 88. — DEPAUL (*Bulletin de la clinique*, 1886).

Naine de 1 m. 04, 18 ans, saltimbanque.

Bassin régulier, diamètre antéro-postérieur : 6 centim. 5.

A terme, en travail depuis vingt-quatre heures, forceps, tractions faites par une seule personne, puis par deux simultanément, mais en vain. Craniotomie et céphalotripsie. Enfant de 2,400 gr. sans la substance cérébrale.

Disjonction des symphyses, laissant un écartement de 3 à 4 centim. Eschares du vagin et incontinence d'urine prolongée.

L'écartement diminué existait encore un mois plus tard.

OBS. 89. — SCHAUTA (*Allg. Wiener med. Zeitschrift.*, 1882, n° 28).

B. M..., primipare de 32 ans. Bassin aplati, non rachitique.

Diamètre promonto-pubien minimum : 8 centim. 5.

Tentative vaine de forceps, puis perforation du crâne et extraction au moyen du crânioclaste.

Deux déchirures longitudinales de 6 à 7 centim. de long. des parois vaginales antérieure et postérieure.

Le doigt explorant la déchirure antérieure pénétrait dans une cavité limitée à

droite et à gauche par les restes de la symphyse pubienne rompue et disjointe.

On appliqua un bandage contensif ; mais il ne put être supporté plus d'une demi-heure.

Trois injections vaginales par jour avec une solution phéniquée à 1 p. 100.

Le troisième jour la fièvre s'allume, formant une courbe à grandes oscillations et progressivement atteint 40°, 7 le septième jour. En même temps, œdème douloureux du membre inférieur gauche.

Le 28 juin (19<sup>e</sup> jour de l'accouchement), l'écartement de la symphyse a augmenté et atteint maintenant 3 centimètres et demi.

Le 8 juillet, les déchirures du vagin sont complètement cicatrisées.

Quelques jours après, autour de la symphyse rompue se forme un abcès qui, à cause de l'oblitération de son ouverture vaginale pointe vers la peau et finit par s'ouvrir spontanément le 22 juillet.

L'orifice, de la grandeur d'une lentille, laisse écouler une grande quantité de pus ; on prit soin de maintenir cette fistule ouverte.

Le 17 août, la malade se lève.

Le 4 septembre, la symphyse est parfaitement réunie et solide. Au point où s'est faite la soudure, on sent en arrière, et parallèle à l'articulation, une arête aiguë de forme et de dimension analogues à celle que forme souvent le cartilage proéminent vers la cavité du bassin.

Ce qui est intéressant dans cette observation (dit Schauta), c'est que la guérison s'est effectuée sans application de bandage contentif. Le rapprochement et la réunion des fragments peut s'expliquer par la rétraction du tissu cicatriciel placé entre ces fragments ; il est probable que ultérieurement des sels de chaux s'y sont déposés.

#### b) *Cas suivis de mort.*

OBS. 90. — SCHRÖDER (*Manuel d'accouchements*, 1875. Traduction CHARPENTIER, p. 500).

Bassin rachitique considérablement rétréci (conjugué vrai, 7 centim. Diam. transverse, 12 centim. 6).

Accouchement très difficile terminé par perforation du crâne et céphalotripsie.

Rupture de la symphyse pubienne.

Mort sept heures après.

Enfant pesait 8 livres moins la substance cérébrale et mesurait 60 centim.

OBS. 91. — AHLFELD (*Schmidt's Jahrb. Leipzig*, CLXIX, 1876).

Premier accouchement, extraction au moyen du forceps d'un enfant mort.

Deuxième accouchement à la maternité de Leipzig. Le bassin est mesuré. Diamètre antéro-supérieur, 8 centim.

Après les douleurs qui ont duré trois jours, application de forceps. Après douze tentatives successives d'extraction on fait la perforation de la tête, puis la céphalotripsie. Immédiatement après la terminaison de l'accouchement, douleur vive au niveau de la cuisse et de la symphyse pubienne. Péritonite, mort.

AUTOPSIE. — La symphyse du pubis est complètement disjointe, abcès de l'articulation, les extrémités des os sont écartées de 3 centim. 5. Le cartilage est détaché du pubis gauche. Disjonction et écartement des symphyses sacro-iliaques.

Pus dans quelques veines au niveau de l'embouchure des trompes, dans le col utérin et ailleurs.

Abcès dans les parois vaginales.

OBS. 92. — AHLFELD (*Schmidt's Jahrb.*, 1876, t. CLXIX, 1<sup>re</sup> observation, 1867).

A. W..., secondipare.

A son premier accouchement application de forceps pénible, suivie de l'extraction d'un enfant mort.

Travail long (rigidité du col); finalement les battements fœtaux devenant irréguliers, tentative de forceps sur le sommet au détroit supérieur. 10 à 12 tractions restent sans effet, alors perforation du crâne et céphalotripsie sous chloroforme.

L'enfant pesait 3,700 gr., et mesurait 54 centim. Quand la femme se réveilla elle accusa de violentes douleurs dans la symphyse et dans les hanches.

Le lendemain on reconnut une impotence complète des membres inférieurs. Rétention d'urine.

Fièvre, frisson, tympanisme abdominal, vaginite diphtéroïde à partir du 2<sup>e</sup> jour.

Mort le 12<sup>e</sup> jour.

AUTOPSIE. — Écartement de la symphyse pubienne 3 centim. et demi, de la symphyse sacro-iliaque droite trois quarts de centim., et de la gauche un demi-centim.

Diamètres du bassin :

|                                  |          |
|----------------------------------|----------|
| Bis-iliaque.....                 | 25 cent. |
| Bi-crête.....                    | 29 —     |
| Bi-trochantérien.....            | 30 — 5   |
| Conjugata externa.....           | 16 —     |
| Promonto-pubien { supérieur..... | 9 —      |
| { inférieur.....                 | 8 — 6    |

OBS. 93. — AHLFELD (*Ibid.*, 7<sup>e</sup>).

C. F. Th..., primipare de 20 ans.

Bassin généralement rétréci.

Travail très long (33 heures) sans résultat.

L'état de la mère étant très inquiétant on renonce d'emblée à une application de forceps, on fait la perforation du crâne et l'extraction au moyen du céphalotribe.

Enfant du sexe féminin, 2,900 gr., 49 centim.

Le 3<sup>e</sup> jour la température monte à 40°. En même temps la malade accuse une douleur au niveau de la symphyse pubienne, et de la symphyse sacro-iliaque droite. Position caractéristique des membres inférieurs. Vaginite diphthéroïde, endocardite, mort le 9<sup>e</sup> jour.

AUTOPSIE. — La disjonction du pubis atteignait un centimètre.

OBS. 94. — KOSTLEIN (*Diss. inaug. Tubingen*, 1880, citée par DUHRSEN).

M. L... Bassin rétréci et pour cette raison accouchement prématuré provoqué selon la méthode de Kiwisch-Krause. Longue durée du travail, mort de l'enfant, fièvre chez la mère. Perforation du crâne, puis tentatives d'extraction avec le crânioclaste et comme il dérapait, avec le céphalotribe.

Enfant de 1,950 gr., 47 centim. de long.

Après l'accouchement, lavage de l'utérus et du vagin avec une solution d'acide phénique à 5 p. 100.

Les 2 premiers jours la malade se trouve bien ; sa température oscille entre 37°,6 et 38°,2.

Le 3<sup>e</sup> jour apparition d'une douleur sur le côté gauche de l'utérus, douleur très exagérée par la pression.

La température monte à 39°,1 ; pouls 120 ; les lochies sont abondantes et fétides. Lavages intra-utérins répétés avec une solution phéniquée à 5 p. 100.

La température resta néanmoins élevée et le dixième jour la malade mourut d'œdème du poumon. Ce fut le dernier jour seulement qu'elle accusa une douleur au niveau de la symphyse.

AUTOPSIE. — Œdème du poumon, bronchite chronique avec hémorragies et dilatation des petites bronches. Foie volumineux, congestionné. Cœur, rate, reins normaux ainsi que la cavité abdominale.

Rien d'anormal à l'appareil génital (1).

Endométrite. Tissu musculaire, vaisseaux de l'utérus et tissu cellulaire du voisinage sains.

En regard du promontoire la paroi utérine postérieure se trouve considérablement amincie sur l'étendue d'une pièce de 10 pfennig (1 centim. et demi environ), mais sans trace de gangrène par compression.

A la face postérieure de la symphyse et de la branche horizontale du pubis droit, un abcès contenant du pus fétide. La face postérieure du pubis droit était rugueuse et son cartilage articulaire détruit.

Pas de lésion de la vessie ni du vagin. La rupture de la symphyse se présente de la façon suivante : 1 centim. et demi sépare les deux pubis et cet organe est transformé en un abcès. Le cartilage est arraché du pubis droit et entre les deux existe un écartement d'un demi-centimètre.

Le ligamentum arcuatum inferius est conservé, ainsi qu'une petite partie du ligamentum arcuatum superius.

L'os est nettement érodé au niveau de la rupture.

#### E. — RUPTURES DANS L'EMPLOI DU LEVIER :

OBS. 95. — BODDAERT (*Bulletin de la Société de médecine de Gand*, 1853).

a) Multipare, ayant souffert de douleurs rhumatismales aux cuisses et au bassin pendant tout le temps de sa grossesse, au point que la marche était devenue impossible. Le rétrécissement du diamètre transverse du détroit inférieur ayant empêché l'introduction des branches du forceps, on emploie le levier en prenant point d'appui sur le pubis, « ceci me réussit parfaitement, après avoir fait deux ou trois efforts pour faire descendre la tête de l'enfant, j'entendis un craquement causé par l'écartement de la symphyse du pubis ; aussitôt le bassin s'élargit assez pour rendre l'accouchement facile ».

OBS. 96. — (*Id.*)

b) Demandé pour faire une opération césarienne Boddaert emploie le même levier et produit l'écartement de la symphyse pubienne.

Dans les deux cas l'accouchement avait déjà duré plusieurs jours et les enfants ne donnaient plus aucun signe de vie.

Les mères se sont rétablies de leur accouchement mais ont eu la marche pendant longtemps vacillante.

#### F. — MODE D'ACCOUCHEMENT NON INDIQUÉ

OBS. 97. — OLAÏS ACREL, Stockholm, 1778 (Seconde édition des cas de chirurgie).

Ce chirurgien a vu une femme chez laquelle la symphyse des os du pubis fut disjointe dans un accouchement. Cinq semaines après la délivrance il se manifesta un abcès sur la région pubienne. En ouvrant cet abcès on s'aperçut que les os étaient séparés et altérés.

Après leur exfoliation les parties se réunirent et la femme se rétablit ; mais il fallut pour cela beaucoup de peine et de temps (11 semaines).

OBS. 98. — RIECKE (*Heidelb. klinische Annalen*, 1831, t. VII, 3<sup>e</sup> fasc.)

Chevauchement des deux pubis ; le gauche dépasse le droit en arrière d'un demi-pouce.

Réduction difficile.

## STATISTIQUE

|                                                        |    |
|--------------------------------------------------------|----|
| Ruptures de la symphyse.....                           | 98 |
| — au cours d'un accouchement spontané.....             | 25 |
| — au cours d'un accouchement terminé par traction..... | 70 |
| — par un mode d'accouchement non indiqué.....          | 3  |
| Parmi celles-ci :                                      |    |
| Forceps.....                                           | 53 |
| Basiotripsie.....                                      | 7  |
| Levier.....                                            | 2  |
| Siège.....                                             | 2  |
| Version.....                                           | 2  |
| Rétrécissements du bassin.....                         | 36 |
| Parmi ceux-ci :                                        |    |
| Bassin aplati.....                                     | 3  |
| — oblique ovalaire.....                                | 2  |
| — cyphotique.....                                      | 2  |
| — en entonnoir.....                                    | 2  |
| — de naine.....                                        | 1  |
| Gros enfants.....                                      | 12 |
| dont enfant de 4,000 à 4,500.....                      | 6  |
| — 4,500 à 5,000.....                                   | 4  |
| — au-dessus de 5,000.....                              | 2  |
| Abcès de la symphyse.....                              | 23 |
| Guérison.....                                          | 55 |
| Mort.....                                              | 41 |
| Primipares.....                                        | 35 |
| dont de 25 à 30 ans.....                               | 8  |
| — au-dessus de 30 ans.....                             | 14 |
| Récidives de la rupture.....                           | 2  |
| Accouchements ultérieurs indiqués.....                 | 3  |



## CONCLUSIONS

La rupture de la symphyse du pubis au cours de l'accouchement est devenue une complication de plus en plus rare depuis l'emploi du forceps à tracteur.

Le pronostic s'est amélioré avec la pratique de l'antisepsie.

A part quelques cas inévitables, dus à des lésions pathologiques de la symphyse, nous affirmons qu'elle disparaîtra à peu près complètement le jour où on aura abandonné l'application de forceps au détroit supérieur.

Nous devons faire nous-même ce que la nature fait souvent au prix de grands désordres.

La symphyséotomie est le seul traitement préventif de la rupture de la symphyse dans le plus grand nombre des cas.

---



## BIBLIOGRAPHIE

- Achenbach.** — Thèse de Berlin, 1888.
- Adams.** — *Boston m. S. J.*, 1876, XCV.
- Aeby.** — *Arch. f. Anat. u. Physiol. v. His u. Braune*, 1878.
- Ahlfeld.** — Thèse Leipzig, 1868.
- *Schmidt. Jahrb.*, 1876, CLXIX.
- *Ber. u. d. Wissensch., Vort. d. med. Gesells. zu Leipzig*, 1877.
- Ahlborn.** — Marburg, 1857.
- Alden.** — *Boston med. S. J.*, 1850, XLI.
- Atlee.** — *West. M. e. phys. sc. Cincin.*, 1830, III.
- Ayers.** — *Amer. J. of obst.*, juillet 1897.
- Awater.** — *Monatschrift f. Geburst.*, t. XXXIII.
- Bach.** — Thèse de Strasbourg, 1832.
- Bailly.** — Thèse de concours, 1866.
- Balandin.** — *Klin. Vorträge aus dem Gebiet. der Geb. und Gyn. Saint-Petersbourg*, 1883.
- Basham.** — *The Lancet*, 1877, I.
- Baudelocque.** — *Traité d'accouchement.*
- Betz.** — *Memorabl. Heilb.*, 1888-1889, XXXIII.
- Boddaert.** — *Bull. soc. de méd. de Gand*, 1853.
- Bontecou.** — *New-York med. J.*, 1878, XXVII.
- Bourhis.** — Thèse Paris, 1874.
- Borel.** — *Lyon médical*, 1895.
- Braun von Fernwald.** — *Arch. f. Gyn.*, 1894, XLVII.
- Budin.** — Thèse d'agrégation, 1878.
- Caspar.** — Thèse Halle, 1841.
- Cazeaux.** — *Traité d'accouchements.*
- Cerne.** — *Normandie médicale.* Rouen, 1895.
- Charpentier.** — *Traité d'accouchements.*
- Chassagny.** — *Gaz. méd. de Lyon*, 1864.
- Chavanne.** — *Rev. obst. intern.* Toulouse, 1896.
- Cholmogorow.** — *Vratch*, 20 mars 1897.
- Coniglione.** — *Gior. internaz. d. Sc. Napoli*, 1881.
- Conklin.** — *Amer. J. of obst.*, novembre 1892.
- Centralblatt f. Gyn.*, 1888. Discussion des accoucheurs allemands.
- Cubertafon.** — Thèse de Paris, 1895.
- Dantaud.** — Thèse de Paris, 1867.
- Depaul.** — *Traité d'accouchement.*
- *Bull. Acad. de Méd.*, 1880.
- Desgranges.** — *Journ. de méd.*, juillet 1786.

**Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales.**

— de méd. et de chir. pratiques. Art. Pubis: 1875.

— de Sciences méd. en 60 vol. Art. Symphyse.

**Dolbrucki.** — *Mediqua*, mars 1894.

**Driver.** — *Boston med. Jour.*, 15 septembre 1887.

**Dubois.** — Thèse de Paris, 1879.

**Duchêne.** — Thèse de Strasbourg, 1869.

**Dührssen.** — *Arch. f. Gyn.*, Berlin, 1889.

**Duplay et Reclus.** — *Traité de chirurgie*, t. II.

**Eidam.** — *Berlin klin. Wochens.*, 1875, XII.

**Faux.** — *Journal de médecine de Paris*, 1888.

**Feuillet.** — Thèse de Paris, 1865.

**Fodéré.** — Thèse de Paris, 1869.

**Fraisse.** — Thèse de Paris, 1882.

**Galvagni.** — *Schmidt's Jahrb.*, 1869.

**Glenn.** — *Lancet*, 7 octobre 1893.

**Gmelin.** — Thèse Tubingue, 1854.

**Gordon.** — *Boston med. and. surg. Jour.*, 1876.

**Grenser.** — *Monatsschrift. für Geburtsk.*, 1863.

**Gusserow.** — *Ger. f. u. Gyn. Sch.* Berlin, 1888.

**Hamon.** — *Journ. d'accouchement de Liège*, 1882.

**Harajewicz.** — *Przegląd lekarski*, 1890.

**Hartwig.** — *Med. News.* Philadelphie, 1893.

**Hecker.** — *Klinik f. Geburtskunde.* Leipzig, 1880.

**Heim.** — Thèse Iéna, 1855.

**Hempel.** — *Arch. f. Gyn.*, t. VIII, 1875.

**Iresco.** — Thèse de Paris, 1883.

**Jacquemier.** — *Traité d'accouchement.*

**Joyeux.** — Thèse de Strasbourg, 1842.

**Kelly.** — *Amer. J. of obst.*, 1893.

— *Medical Record*, septembre 1893.

**Kirsch.** — *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, 1881.

— *Arch. f. Gyn.*, 1882, t. XIX.

**Köstlin.** — Thèse Tubingue, 1880.

**Kriele.** — Thèse Halle, 1882.

**Kuster.** — *Soc. des médecins russes de Moscou*, 14 octobre 1894.

**Laborie.** — *Gazette des hôpitaux*, 1862.

**Lefèvre.** — *Bull. Acad. de méd. de Paris*, 1838-39.

**Loesberg.** — Thèse Dorpat, 1856.

**Loisling.** — *Norsk. magaz. f. Lægeridenskaber*, 1892.

**Lop.** — *Gaz. des hôpitaux*, 1895, n<sup>os</sup> 47, 50, 53.

**Luschka.** — *Anatomie de l'homme.*

**Malgaigne.** — *Traité des fractures et des luxations.*

**Marschner.** — *Comp. rend. Soc. de gyn. de Dresde*, avril 1893.

**A. Martin.** — *Berlin. klin. Wochens.*, 1879.

**Martin.** — *J. de méd.-chir.-pharm.* Paris, 1765, XXIII.

**Martinelli.** — Rapport de Devilliers. *Bull. Acad. de méd.* Paris, 1868, XXXIV.

**Massari.** — *Wiener med. Wochens.*, 1876.

**Mende.** — *Gemeins. d. Zeitschrift. f. Geb.*, t. I.

- Mercier.** — Thèse de Paris, 1883.  
**M' Gugin.** — *Tr. Iowa m. et chir. soc.*, 1852-53.  
**Nic. Meyer.** — *Journal de Siebold für Geb.*  
**Mohrenheim.** — *Wien Beit. z. prakt. arznh. Dessau*, Leipzig, 1873.  
**Morauz.** — Thèse de Lille, 1897.  
**M. Naughton.** — *Brooklyn. m. J.*, 1890.  
**Nægele et Grenser.** — *Traité d'accouchement.*  
**Oelschläger.** — *Centralblatt. f. Gynæk.*, 1893.  
**Paulli.** — *Gynæk. og. obst. medd. Kjöberch*, 1880, III.  
**Perkins.** — *Kanzas City med. R.*, 1888.  
**Phænomenow.** — *Revue de Hayem*, 1883.  
**Piet.** — *Rec. périodique de la Soc. de méd. de Paris*, 1797, II.  
**Pinard.** — *Ann. de gynécologie*, décembre 1892.  
**Poirier.** — *Anatomie humaine*, t. I.  
**Pouillet.** — *Mém. et C. R. Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 1863-1864, III.  
**Queyrel.** — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1895.  
**Remy.** — *Arch. de tologie*, 1887-1890.  
**Ribemont-Dessaignes et Lepage.** — *Précis d'obstétrique.*  
**Scanzoni.** — *Lehrbuch der Geb.*, 1867.  
**Schatz.** — *Arch. f. Gynæk.*, t. III.  
**Schauta.** — *Müllers Handbuch f. Geb.*, t. II.  
— *Allg. Wiener med. Zeit.*, 1882.  
**Shönberg.** — *Norsk Magaz. f. Læger*, 1892.  
**Schrøder.** — *Lehrbuch d. Geb.*, 1878.  
**Schwegel.** — *Monatssch. f. Geb.*, t. XIII.  
**Studley.** — *Amer. J. of. obst.*, 1879.  
**Tarnier.** — *J. d. sages-fem.* Paris, 1875.  
**Tarnier et Budin.** — *Traité d'accouchement*, t. III.  
**Tarnowsky.** — *Peters. med. Zeitschrift*, 1875.  
**Thruston.** — *Med. news.*, 21 février 1885.  
**Trefurt.** — *Abhandl. u. Erfahr. Göttingue*, 1844.  
**Trousseau** — *Union méd.*, 1865.  
**Ülsamer.** — *N. Zeittschr. f. Geb.* Berlin, 1835.  
**Wahl.** — *Bay. Artztl. Intell.-Bl.*, 1877.  
**Webster** — *Edinbourg med. J.*, 1870.  
**Winckel.** — *Path. des Wochenbett.*, 1878.  
**Winkler.** — *Arch. f. Gyn.*, 1870.  
**Zweifel.** — *Cent. f. Gyn.*, 1872.

# TABLE DES MATIÈRES

|                                                                                                    | Pages. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| INTRODUCTION.....                                                                                  | 5      |
| CHAPITRE I <sup>er</sup> . — <i>Anatomie et physiologie</i> .....                                  | 9      |
| § 1. — Du mode d'union des pubis entre eux.....                                                    | 9      |
| § 2. — Ce que devient la symphyse pubienne à la fin de la grossesse et pendant l'accouchement..... | 12     |
| CHAPITRE II. — <i>Définition. Historique</i> .....                                                 | 14     |
| CHAPITRE III. — <i>Étiologie</i> .....                                                             | 16     |
| I. — Causes maternelles.....                                                                       | 16     |
| II. — Causes dépendant du fœtus.....                                                               | 19     |
| III. — Causes tenant à l'opérateur ou à ses aides.....                                             | 20     |
| CHAPITRE IV. — <i>Anatomie pathologique</i> .....                                                  | 23     |
| CHAPITRE V. — <i>Pathogénie</i> .....                                                              | 27     |
| CHAPITRE VI. — <i>Symptômes</i> .....                                                              | 35     |
| CHAPITRE VII. — <i>Complications</i> .....                                                         | 41     |
| CHAPITRE VIII. — <i>Pronostic</i> .....                                                            | 44     |
| CHAPITRE IX. — <i>Diagnostic</i> .....                                                             | 46     |
| CHAPITRE X. — <i>Traitement</i> .....                                                              | 49     |
| OBSERVATIONS.....                                                                                  | 55     |
| I. — Ruptures de faiblesse.....                                                                    | 63     |
| II. — Ruptures de force.....                                                                       | 77     |
| STATISTIQUE.....                                                                                   | 137    |
| CONCLUSIONS.....                                                                                   | 139    |
| INDEX.....                                                                                         | 141    |

Vu : Le Doyen,  
BROUARDEL.

Vu par le président de la thèse,  
PINARD.

Vu et permis d'imprimer :  
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,  
GRÉARD.

---

IMPRIMERIE LEMALE ET C<sup>ie</sup>, HAVRE



